PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

3.

OBSTÉTRIQUE

RECHERCHES CLINIQUES

Le palper abdominal.
La présentation du siège.
Le releveur de l'anus chez la femme.

PAR

P. BUDIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles, 6.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine.

1881

Au Dr Mathias Duval,

hommage de son bien dévoué

F. B.

OBSTÉTRIQUE

RECHERCHES CLINIQUES

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. Société de médecine légale, 1872.

Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements. A quel moment doit-on opérer la ligature du cordon ombilical ?

Nouveau moyen qui permet de constater la mobilité de la symphyse pubienne pendant la grossesse, etc. Le *Progrès médical*, 1875, et tirage à part.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme. (En colloboration avec M. P. Coyne.) *Archives de physiologie*, 1875.

Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique, par J. Matthews Duncan. Traduction française. 1 vol. 500 p.

De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Thèse de doctorat, 1876.

L'inventeur du forceps à double courbure. Le *Progrès médical*, 1876, p. 779.

Note sur un cas de rotation spontanée et trés étendue de la tête pendant l'accouchement, rotation non suivie d'un mouvement semblable du tronc. Le *Progrès médical*, 1877, page 45.

Note sur un signe permettant de reconnaître une hémorrhagie des parois du vagin après l'accouchement. Le *Progrès médical*, 1877.

Extensibilité des membranes de l'œuf. Formation de la bosse séro-sanguine avant la rupture de la poche des eaux. Le *Progrès médical*, 1878, p. 58.

Les derniéres expériences sur la compression cérébrale envisagée au point de vue de l'obstétrique. Le *Progrès médical*, 1878, p. 198.

Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels. Thèse d'agrégation, 1878.

De la douleur ovarique chez les femmes enceintes. Le *Progrès médical*, 1879.

Rapport à M. le Ministre de l'Instruction publique sur l'enseignement de l'obstétrique à l'étranger. *Journal officiel*, 10 avril 1879.

Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus (En collaboration avec M. A. Ribemont.) *Archives de tocologie*, 1879, etc.

Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal avec 21 figures sur bois. Le *Progrès médical* 1879 et tirage à part.

Des varices chez la femme enceinte. Thèse d'agrégation, 1880.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

OBSTÉTRIQUE

RECHERCHES CLINIQUES

Le palper abdominal.
La présentation du siège.
Le releveur de l'anus chez la femme.

PAR

P. BUDIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles, 6.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine

1881

RECHERCHES CLINIQUES

SUR

L'OBSTÉTRIQUE

I.

Note sur un procédé qui permet de mieux constater les caractères de la région dorsale du fœtus lorsqu'on pratique la palpation abdominale et de mieux entendre les bruits du cœur fœtal lorsqu'on pratique l'auscultation à la fin de la grossesse.

Parmi les procédés d'exploration qui peuvent, à la fin de la grossesse, permettre de faire le diagnostic de la présentation, de la position et de la variété de position du fœtus, il faut citer en première ligne, comme rendant les plus grands services, le palper abdominal. Dans ces dernières années, on a publié sur le palper un certain nombre de mémoires intéressants, il a même été le point de départ de réclamations de priorité et de discussions. De la lecture des différents travaux, il nous semble résulter que ce procédé d'exploration a été mis en pratique à diverses reprises depuis le commencement du siècle, qu'un certain nombre d'accoucheurs, ignorant les travaux de leurs devanciers, ont constaté des faits qu'ils croyaient nouveaux, mais qui avaient déjà été observés et publiés plus ou moins nettement. Il n'en est pas moins vrai que ces discussions auront eu ce résultat im-

portant, de faire décrire d'une façon plus méthodique la manière dont on doit procéder pour obtenir de la palpation tous les renseignements qu'elle est capable de fournir, et de répandre de plus en plus ce mode d'exploration dans la pratique journalière des médecins de tous les pays (1).

Nous ne voulons, aujourd'hui, appeler l'attention que sur un point particulier. A l'aide de la palpation on peut, chacun le sait, reconnaître la situation de l'extrémité céphalique et celle de l'extrémité pelvienne du fœtus. Le grand diamètre de l'ovoïde fœtal peut être placé longitudinalement ou transversalement : s'il est placé longitudinalement et si la tête est en bas en rapport avec le détroit supérieur, on a une présentation de l'extrémité céphalique ; si c'est le siège qui se trouve en rapport avec l'orifice du bassin, on a une présentation de l'extrémité pelvienne. Si le grand diamètre du fœtus est au contraire placé transversalement (ou obliquement) l'enfant aura une tendance à se présenter par l'épaule.

Lorsque le diagnostic de la présentation est fait, il faut chercher à arriver au diagnostic de la position et de la variété de position. M. Pinard a montré tout le parti que, dans certains cas de présentation du sommet, on pouvait tirer des caractères offerts par le front. D'autres renseignements importants sont fournis par la situation du dos du fœtus.

« La recherche du dos, dit M. le Dr Pinard, doit être faite à l'aide de pressions douces pratiquées surtout avec la pulpe des doigts. La sensation perçue n'est pas toujours la même ; le plus souvent, le dos du fœtus est exactement appliqué contre la paroi utérine et celle-ci contre

---

(1) Voyez : Pinard. *Traité du Palper*, Paris, 1878. — Mattei. *Du Palper abdominal*. Paris, 1879. — Eugène Hubert. *De la version par manœuvres externes et de l'exploration de l'abdomen*. Bruxelles, 1880. — Paul Mundé. *The diagnosis and treatment of obstetric Cases by External Examination* (*American Journal of obstetrics*, 1879-1880), etc., etc.

la paroi abdominale, dans ce cas, le plan résistant paraît superficiel ; d'autres fois, il existe entre le dos et la paroi utérine une certaine quantité de liquide amniotique, le plan résistant semble être situé plus profondément, car les doigts sont obligés de déplacer le liquide interposé (1). »

MM. Tarnier et Chantreuil ajoutent de leur côté : « Lorsque les caractères offerts par le dos sont obscurs, on se tire d'embarras en portant la main sur le côté opposé de l'abdomen, car on doit y trouver une couche de liquide amniotique au milieu duquel on distinguera les saillies formées par les membres thoraciques et pelviens, et l'on acquiert ainsi la preuve que c'est bien le dos qu'on a senti de l'autre côté. Parfois le dos est obliquement dirigé en arrière et à droite, ou en arrière et à gauche ; alors on n'explore que sa partie latérale et le côté du thorax, ce qui obscurcit un peu le diagnostic, sans le rendre difficile (2). »

MM. Tarnier et Chantreuil ont raison ; les caractères offerts par le dos sont parfois obscurs. Si on est habile, si on palpe doucement et si les conditions sont favorables, on peut le plus souvent reconnaître immédiatement la situation du dos ; mais si on est dans des conditions inverses et si on répète son examen pour chercher le dos, il peut arriver qu'on ne le trouve plus aussi distinctement là où on croyait l'avoir rencontré. Il arrive également à ceux qui font de l'enseignement qu'après avoir trouvé d'une façon indiscutable le dos d'un côté, ils veulent en faire constater les caractères aux élèves. Ceux-ci sont loin de les percevoir nettement, non seulement parce qu'ils manquent d'habitude, mais encore parce qu'en réalité ces caractères ne sont plus guère perceptibles. C'est le plus souvent dans les positions postérieures qu'on rencontre ces difficultés.

---

(1) Pinard.— *Loco citato*, p. 120.

(2) Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements*, page 484.

Ces faits sont faciles à expliquer. Le fœtus, en effet, est mobile dans le liquide amniotique : si le dos était tourné du côté droit ou du côté gauche, sous la pression répétée des doigts il se trouve refoulé vers le centre de la cavité utérine, et bientôt les caractères de la surface plane, large, régulière qu'il présente lorsqu'on explore toute son étendue ou même seulement l'un de ses côtés, ne sont plus que confusément perceptibles.

La cause qui rend obscurs les caractères offerts par le dos étant connue, il nous semble qu'il est facile d'y porter remède. Il suffit de procéder de la manière suivante. Si on a une présentation du sommet en position occipito-iliaque droite postérieure, par exemple, il faut mettre une main sur le siège du fœtus qu'on saisit à travers la paroi abdominale et la paroi utérine. On le refoule de dedans en dehors autant que possible, en même temps qu'on exerce un certain degré de pression de haut en bas. De la sorte le fœtus, bien fixé par la main, est appliqué exactement contre la paroi utérine et la paroi de l'abdomen dont il ne peut plus s'éloigner; la pression exercée de haut en bas fait en outre que son tronc se courbe, se fléchit davantage et que son dos fait une saillie plus convexe et par conséquent plus accessible. On peut alors avec l'extrémité des doigts de l'autre main explorer doucement et sentir très nettement la résistance et tous les caractères du dos, tandis que, du côté opposé, les doigts enfoncent facilement au milieu du liquide amniotique.

On peut ensuite, en tenant toujours le fœtus fixé dans la même situation, faire palper la région dorsale à un certain nombre d'élèves ; le fœtus étant immobilisé, il ne pourra se laisser repousser vers le milieu de la cavité utérine, et, depuis le commencement jusqu'à la fin des explorations, les caractères du dos seront aussi nettement constatés.

Si, au lieu d'avoir affaire à une présentation du sommet, on se trouvait en présence d'une présentation de

l'extrémité pelvienne, on aurait recours avec autant d'avantages au même procédé.

Si on est placé du côté droit de la femme, c'est la main gauche qu'il faut appliquer sur l'extrémité supérieure de l'ovoïde fœtal, et c'est avec l'extrémité des doigts de la main droite qu'on cherchera les caractères du dos ; et cela, que le dos soit tourné du côté droit ou du côté gauche, qu'il soit dirigé en avant ou en arrière. Si on se trouve au contraire du côté gauche de la femme, c'est la main droite qu'il vaut mieux appliquer sur le fond de l'utérus et c'est avec l'extrémité des doigts de la main gauche qu'on cherchera le dos.

Lorsque, pendant la grossesse, le fœtus se trouve placé transversalement (ou obliquement) dans la cavité utérine, si on a constaté d'un côté de l'abdomen la présence de la tête, et, du côté opposé, la présence du siège, il n'est pas toujours facile de reconnaître exactement où se trouve le dos. On peut alors avoir recours à un procédé analogue. On fait appliquer la main d'un aide sur une extrémité, et, de son côté, on applique une main sur l'autre extrémité du fœtus. Il se trouve ainsi immobilisé, et sous l'action de la pression qu'il subit la convexité de son dos s'exagère : il est alors beaucoup plus aisé de constater si le dos est dirigé en bas, en avant, ou en haut. Dans quelques cas, le dos peut se trouver en arrière : il sera facile alors, par élimination, d'arriver au diagnostic.

On peut enfin recourir à cette même manœuvre pour faciliter à un certain nombre d'élèves l'auscultation des bruits du cœur. Lorsque par la palpation on a déterminé la présentation, la position et la variété de position du fœtus, on sait par cela même où se trouve le plan latéral gauche en rapport avec le cœur fœtal ; c'est au niveau de cette région qu'on devra appliquer le stéthoscope, car c'est là qu'on entendra le maximum des bruits du cœur. Mais, si plusieurs personnes appuient successive-

ment sur le stéthoscope, elles refoulent le tronc du fœtus qui s'éloigne peu à peu, et les bruits du cœur ne sont plus aussi nettement perçus, ou même ne le sont plus du tout. Pour éviter cet inconvénient, il suffira encore, dans une présentation du sommet ou du siège, d'appuyer sur l'extrémité supérieure du fœtus pour appliquer et fixer son dos contre la paroi abdominale.

Ce moyen rendrait encore des services dans le cas où on n'arriverait pas d'emblée à trouver les battements cardiaques. S'il y avait une présentation transversale, on pourrait également, en appuyant sur ses deux extrémités, immobiliser le fœtus dans la situation qu'il occupe. Un certain nombre de personnes pourront ainsi, le fœtus étant fixé, entendre successivement les bruits du cœur, comme elles auront pu percevoir par la palpation les caractères du dos.

II.

Du diagnostic pendant la grossesse de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne.

On sait qu'en général, dans les dernières semaines de la grossesse, le fœtus pénètre par une de ses extrémités à travers le détroit supérieur et s'engage plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne. Ce serait presque exclusivement l'extrémité céphalique fléchie, c'est-à-dire le sommet, qui descendrait ainsi. L'engagement de la face paraît très peu probable. Quant à l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse, la plupart des auteurs évitent d'en parler, les autres la nient.

La présentation de l'extrémité pelvienne a été divisée en présentation de l'extrémité pelvienne complète ou présentation du siège en masse, et en présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses, mode des genoux ou mode des pieds, suivant que les fesses, les genoux ou les pieds s'engagent les premiers à travers le détroit supérieur. Hubert (de Louvain) ne considère ces variétés que comme secondaires. « Pour qui réfléchit un instant, dit-il, à la manière dont le fœtus est pelotonné dans le sein de sa mère, il est de toute évidence que les présentations des fesses (membres abdominaux relevés le long du tronc), les présentations des genoux (cuisses allongées), et surtout les présentations des pieds (cuisses et jambes étendues) ne peuvent pas être primitives et qu'*au début du travail* il n'existe qu'une seule présentation, celle *du*

pelvis en masse. Les trois autres modes ne sont que secondaires (1). »

H. Fritsch (de Halle) (2) paraît avoir les mêmes idées que Hubert : « On ne peut pas, dit-il, faire primitivement une différence entre la présentation des fesses et la présentation des pieds. C'est au début du travail que la distinction s'établira. Le peu d'espace qui existe dans l'utérus des primipares fait que la présentation des fesses est plus fréquente chez elles; la présentation des pieds est plus fréquente chez les multipares. »

Dans ces dernières années, M. le Dr Pinard (3) a insisté sur une autre distinction portant sur les présentations de l'extrémité pelvienne. « Je pense, dit-il, qu'il faut diviser les présentations du siège en deux grandes variétés : les unes que j'appelle *franches*, les autres *accidentelles* ou *fortuites*. En effet, quand on examine des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse et qu'on a reconnu que la tête occupe le fond de l'utérus alors que le siège est en bas, on trouve dans certains cas un fœtus fixé dans cette situation; il ne peut exécuter que des mouvements très limités, lorsqu'on veut le faire évoluer, le mobiliser, cela est impossible et des examens répétés le font toujours reconnaître dans la même situation, la même attitude. C'est là la *présentation du siège franche*. Elle est le résultat d'une véritable accommodation.

« Cette variété est rare et se rencontre surtout chez des primipares.

« Dans d'autres cas, lors des examens qu'on pratique pendant les dernières périodes de la grossesse, on trouve le siège tantôt en bas, tantôt en haut. Il évolue, pour ainsi dire, à chaque instant; on le mobilise de même avec

---

(1) E. Hubert. — *Cours d'accouchements*, 2e édit., t. I, p. 266.

(2) H. Fritsch. — *Klinik der Geburtshülflichen Operationen*, 2e édition, p. 106.

(3) A. Pinard. — *Traité du Palper abdominal*, p. 37 et 38. Paris, 1878.

la plus grande facilité. En un mot, il n'y a aucune accommodation ni utérine, ni pelvienne. Il n'y a, par conséquent, aucune présentation.

« Lorsque le travail débute, la contraction utérine rétrécissant les diamètres transverses, sollicite la présentation longitudinale, l'immobilise et alors se trouve au niveau du détroit supérieur la tête ou le siège.

« C'est la variété que j'appelle la présentation du siège *accidentelle* ou *fortuite.* »

Sous le nom de présentations du siège franches, M. Pinard veut-il parler des cas où l'extrémité pelvienne se trouverait, dans les derniers temps de la grossesse, engagée plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne ? Cela est peu probable, car s'il montre que le siège reste en bas fixé dans sa situation, il ne dit nulle part qu'il plonge dans l'excavation elle-même.

Du reste, depuis Mme Lachapelle, l'expression de présentation franche a un sens nettement déterminé. « Lorsque, dit M. Pajot, chacune des présentations précédentes occupe le centre du détroit supérieur, on dit que la présentation est *franche,* mais il peut arriver à ces régions fœtales d'être plus ou moins inclinées au détroit supérieur. On appelle alors ces présentations *irrégulières* ou *inclinées* (1). »

Les faits dont nous voulons parler sont d'un autre genre. Ce sont des cas où l'extrémité pelvienne se trouvait, pendant la grossesse, engagée dans l'excavation. Il nous semble qu'on peut leur appliquer l'expression de présentation *définitive*, employée par MM. Tarnier et Chantreuil.

« Les présentations, disent ces auteurs en parlant des présentations en général, sont *définitives* ou *temporaires* : définitives, quand une fois produites elles ne changent plus; temporaires, lorsqu'elles remontent pour

(1) Pajot in article *Accouchement* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. I, p. 378.

faire place à une autre région fœtale. Une présentation profondément engagée dans l'excavation est presque toujours définitive; celle, au contraire, qui reste élevée, n'est assez souvent que temporaire. »

Si les auteurs ne parlent guère de l'engagement du siège pendant la grossesse, ils parlent encore moins des caractères à l'aide desquels il serait possible de reconnaître cet engagement. M. Pinard lui-même n'y fait aucune allusion. En exposant d'une façon magistrale comment on doit procéder pour faire le diagnostic de la présentation par le palper, il s'exprime ainsi (1) : « Il faut explorer, interroger l'excavation. Pour cela, plaçant les mains à cinq ou six centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, l'extrémité des doigts en rapport avec l'arc antérieur du bassin, on déprime la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis.

« En opérant convenablement, deux sensations seulement peuvent être perçues : ou bien les doigts éprouvent une sensation de résistance résultant de la rencontre d'un corps dur, volumineux et arrondi et qui remplit l'excavation, et ils ne peuvent pénétrer plus profondément; ou bien, au contraire, les doigts ne rencontrent qu'une résistance fournie par les parties molles et peuvent s'enfoncer plus ou moins bas. Dans le premier cas, l'excavation est remplie, dans le second, elle est vide de parties fœtales.

« Examinons ces deux cas : excavation pleine, excavation vide.

« *Excavation pleine*. Le corps que l'on rencontre offre toujours les caractères suivants : il est arrondi, régulier, résistant et remplit en totalité ou en partie l'excavation. Ces caractères ne peuvent appartenir qu'à l'extrémité céphalique; d'autre part, le palper étant pratiqué

---

(1) A. Pinard. — *Loco citato*, page 116 et suivantes.

pendant la grossesse, c'est-à-dire avant le début du travail, ce ne peut être que l'extrémité céphalique fléchie, le *sommet*, car jamais, pendant la grossesse, on ne rencontre dans l'excavation l'extrémité céphalique défléchie (la face), le siège ou le tronc. Des cinq régions fœtales qui peuvent se présenter avant le travail *le sommet seul s'engage*. En raison de la conformation anatomique et du volume des autres régions, il est nécessaire, indispensable pour que leur engagement se produise, que des contractions puissantes, fréquentes existent, et ces dernières n'apparaissent que pendant le travail de l'accouchement et nullement pendant la gestation.

« Donc, *premier point* extrêmement important. La déduction constante et essentiellement pratique qui découle de cette simple constatation à savoir : que chez une femme enceinte il y a une région fœtale qui plonge dans l'excavation, est la suivante : *la présentation est celle du sommet.* »

Il est évident que si, d'une part, on ne pense pas que l'extrémité pelvienne peut s'engager dans l'excavation pendant la grossesse, et si, d'autre part, on croit que toutes les fois qu'une région fœtale plonge dans l'excavation il y a une présentation du sommet, on sera exposé à se tromper et à affirmer une présentation de l'extrémité céphalique fléchie, alors qu'en réalité il existera une présentation du siège *définitive*. L'erreur sera d'autant plus facile que l'auscultation et le toucher donneront aussi des renseignements analogues à ceux qu'on trouve dans les présentations du sommet. M. Devilliers (1) raconte comment il s'est une fois trompé. « Une dame de vingt-quatre ans, dit-il, primipare, bien conformée, et chez laquelle le fond de l'utérus s'était notablement abaissé pendant les derniers jours de la grossesse, est prise à terme des douleurs de l'enfantement. L'auscultation me fait percevoir dès le début du travail les batte-

(1) C. Devilliers. — *Recueil de mémoires et d'observations*, t. I, pages 71 et 72. Paris, 1862.

ments doubles du fœtus dans une partie de la région inférieure droite de l'utérus, leur summum sur le milieu d'une ligne s'étendant de l'épine iliaque droite antérieure et supérieure à l'ombilic. Cette situation des bruits me laisse d'abord supposer une présentation du vertex en occipito-iliaque droite, et le toucher que je ne puis pratiquer qu'avec beaucoup de ménagement, à cause de l'intégrité des membranes et du peu de dilatation de l'orifice, me laisse percevoir à travers une couche épaisse de liquide amniotique, une tumeur ronde, régulière, peu élevée, offrant une dépression semblable à une suture, mais dirigée de droite à gauche et d'avant en arrière. Pour le moment, je ne pousse pas plus loin mes investigations, le travail me paraissant d'ailleurs suivre une marche régulière. Ce n'est que six heures après, que le stéthoscope m'indiquant toujours les bruits du cœur fœtal situés à la même place, l'orifice étant dilaté presque à moitié et les membranes étant rompues, je reconnus par le toucher une présentation de l'extrémité pelvienne par les fesses seules, en position sacro-iliaque droite antérieure. »

Il est probable qu'en cherchant dans leurs souvenirs, un certain nombre de médecins se rappelleront des cas où, après avoir cru à une présentation du sommet, ils ont été surpris de voir l'enfant sortir par l'extrémité pelvienne. Nous nous croyons d'autant plus autorisé à faire cette supposition que nous avons eu l'occasion de voir plusieurs femmes arrivées près du terme de leur grossesse qui furent examinées par un certain nombre de personnes, dont quelques-unes très compétentes : le diagnostic porté fut en général celui de la présentation du sommet, alors qu'en réalité il existait une présentation du siège engagé dans l'excavation. En voici quelques observations.

La nommée Marie Des..., passementière, se présente à l'hôpital des Cliniques, le 3 janvier 1879, disant qu'elle a, pendant la nuit précédente, perdu un peu de sang.

Elle est âgée de 30 ans et enceinte pour la seconde fois, ses dernières règles sont apparues le 8 mai 1878, on la reçoit et elle est couchée au lit n° 1. En l'examinant, on constate au palper qu'une partie fœtale volumineuse, résistante, plonge dans l'excavation pelvienne ; une autre extrémité fœtale arrondie se trouve au fond de l'utérus, au niveau de la région épigastrique. Du côté gauche, il existe une surface large, plane, régulière, s'étendant de haut en bas et dirigée un peu en avant, c'est le dos. Du côté opposé il n'y a pas beaucoup de liquide amniotique dans la cavité utérine. A l'auscultation, on entend le maximum des bruits du cœur au-dessous de l'ombilic et à gauche. Au toucher, le doigt arrive dans le cul-de-sac antérieur sur une partie assez profondément engagée, laquelle, à travers le segment inférieur de l'utérus, paraît ronde et dure.

Tous ces caractères réunis pourraient faire croire, au premier abord, à une présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche antérieure ; mais, frappé par quelques particularités, on examine plus attentivement, on analyse avec plus de soin les sensations perçues, et voici ce qu'alors on constate.

Par la palpation, la partie fœtale qu'on trouve plongeant à travers le détroit supérieur paraît bien arrondie, sphérique en avant, mais, si on cherche sur elle les caractères que M. Pinard a montrés appartenir à la région frontale, on ne les trouve ni d'un côté ni de l'autre. De plus, si, en avant, la partie qui s'engage est assez dure, elle ne l'est peut-être pas autant que la tête, et, en portant l'extrémité des doigts plus en arrière vers la face antérieure du sacrum, la résistance des parties est moins grande.

L'attention étant ainsi éveillée, on explore avec plus de soin la partie fœtale qui occupe le fond de l'utérus ; elle est ronde, moins volumineuse que ne l'est d'habitude le siège, près duquel les membres inférieurs sont rassemblés, elle est en tous cas plus régulière et plus dure. Ce-

pendant, comme il n'y avait que peu de liquide dans la cavité utérine, on n'a pu percevoir le ballottement céphalique qu'après avoir placé la femme sur les genoux et sur les coudes ; en mettant alors la main sur la région épigastrique et en repoussant de bas en haut et d'avant en arrière l'extrémité du fœtus qui se trouve à ce niveau, on obtient la sensation de ballottement (1). La main qui explore le dos pour faire le diagnostic de la position n'arrive pas en bas sur la légère dépression qui existe habituellement à l'union de la tête et du tronc, au niveau de la nuque. Au contraire, la région dorsale se continue directement avec la partie qui plonge dans l'excavation (2).

A l'auscultation, on entend le maximum des battements du cœur au-dessous de l'ombilic et du côté gauche, mais, M. Ribemont (3) ayant démontré que le cœur est, sur le fœtus pelotonné dans la cavité utérine, à égale distance de l'extrémité céphalique et de l'extrémité pelvienne, il est facile de comprendre que, si le siège se trouve engagé dans l'excavation, on devra alors, aussi bien que dans les présentations du sommet, entendre le maximum des bruits cardiaques au-dessous de la région ombilicale.

---

(1) M. Tarnier a déjà écrit : « Cependant, pour peu que les parois abdominales soient épaisses ou la paroi utérine rigide, on peut confondre l'extrémité céphalique (placée en haut) avec l'extrémité pelvienne, surtout quand on palpe celle-ci par sa face postérieure ou sacrée. Il ne faut donc accorder qu'une médiocre importance à ce genre d'exploration ; il n'en est pas moins vrai qu'il a son utilité, et nous avons en mémoire tel fait clinique où l'auscultation et le toucher semblaient indiquer une présentation du sommet, tandis que par le palper on sentait la tête au fond de l'utérus, et l'enfant naquit par le siège. » Tarnier, in *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*, p. 221. Paris, 1864 et note ajoutée au texte de Cazeaux, 8e édition, p. 335.

(2) Dans certains cas qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Tarnier a complété le diagnostic en constatant, en rapport avec le plan antérieur du fœtus, la présence des membres inférieurs relevés qu'il pouvait suivre dans toute leur longueur. (Tarnier, communication orale).

(3) A. Ribemont. — *Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus. Applications à l'obstétrique*, p. 18. Paris, 1878.

Au toucher, le doigt trouve bien dans le cul-de-sac antérieur une partie fœtale ronde, régulière, assez dure, qui correspond à la fesse et à la région trochantérienne dirigée en avant, mais si, au lieu de limiter le toucher vaginal à l'exploration du cul-de-sac antérieur, on porte le doigt dans les culs-de-sac latéraux et dans le cul-de-sac postérieur, on sent des inégalités. On ne peut évidemment distinguer le sillon interfessier, mais on ne reconnaît pas la tumeur partout sphérique et résistante qu'on trouve en général dans les présentations du sommet.

Tous ces caractères réunis firent porter le diagnostic de présentation de l'extrémité pelvienne *définitive* en position sacro-iliaque gauche, variété antérieure.

Le fœtus resta profondément engagé dans cette situation jusqu'au moment de l'accouchement, qui n'eut lieu que le 13 février. L'enfant, qui fut expulsé par le siège, était une fille pesant 2,430 grammes. Il y avait une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

Nous avons vu d'autres cas du même genre, que nous allons résumer en quelques mots.

Observation II.—Le 25 décembre 1878, entre à l'hôpital des Cliniques la nommée Pauline C..., âgée de 24 ans, couturière. Cette femme, qui est enceinte pour la troisième fois, a eu ses dernières règles du 18 au 20 avril ; sa grossesse a été absolument normale. En l'examinant un peu après son entrée, on trouve que le fond de l'utérus ne remonte qu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A la palpation, on constate que le détroit supérieur est complètement rempli par une partie fœtale, mais cette partie examinée avec soin est un peu mollasse, irrégulière.

Au fond de l'utérus, au niveau et au-dessus de l'ombilic, on trouve un peu à droite une partie volumineuse, dure, ronde, régulière ; cette partie ballotte sous la pression brusque des doigts, car il paraît y avoir une quantité normale de liquide dans la cavité utérine. Le dos est dirigé à gauche et en avant. Le maximum des bruits du cœur est au-dessous de l'ombilic, à gauche, mais très voisin de la ligne médiane.

Au toucher, on sent à travers le cul-de-sac antérieur une

partie ronde, volumineuse qui a été prise pour la tête par une personne qui a déjà fait l'examen, mais. en certains points, surtout en arrière, cette partie est mollasse, moins régulière. Les premières douleurs apparurent le 26 décembre, à 3 heures du soir; nous avons à 6 heures et demie essayé en vain avec M. Chaignot, externe du service, de refouler le siège au-dessus du détroit supérieur, dans l'intervalle des contractions utérines, afin de pratiquer ensuite la version céphalique par manœuvres externes. Le 27 décembre, à 6 heures 40 du matin, l'accouchement se terminait rapidement, dix minutes après la rupture des membranes. par l'expulsion d'un garçon pesant 2800 grammes, et sortant par les fesses, les membres inférieurs relevés sur la paroi antérieure du tronc.

Observation III.— La nommée Louise Désirée B..., âgée de 20 ans, couturière, enceinte pour la première fois, entre à la Clinique de la Faculté le 1er octobre 1879. A l'examen, on trouva les mêmes caractères que dans l'observation I, seulement, comme il y avait très peu de liquide dans la cavité amniotique, il ne fut pas possible de percevoir au fond de l'utérus le ballottement céphalique : la tête était cependant reconnaissable à ses autres caractères. Le dos était dirigé à droite. L'accouchement eut lieu le 11 octobre, à 2 heures du matin ; il existait une extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses, l'enfant était du sexe masculin et pesait 2900 grammes.

D'autres observations m'ont été communiquées. Il y a 18 mois, un de mes bons amis, accoucheur distingué, vint me voir vers quatre heures du soir et me dit qu'ayant quelques instants de liberté, il allait assister à la leçon que je devais faire à mon cours particulier. Je parlai justement ce jour-là des présentations de l'extrémité pelvienne et j'insistai sur les caractères qui permettent de faire, pendant la grossesse, le diagnostic des présentations temporaires et des présentations définitives du siège. « Vous ne sauriez croire, me dit après la leçon mon ami le Dr X., combien le diagnostic que vous avez exposé m'a intéressé. Il y a quelques mois, ma femme m'a donné un troisième enfant. Pendant les derniers temps de sa grossesse, je l'ai souvent examinée et chaque fois je faisais le diagnostic de présentation du sommet

je croyais la tête profondément engagée dans l'excavation. Je pensais trouver et je trouvais en réalité presque tous les caractères habituels de la présentation de l'extrémité céphalique fléchie. Quelle ne fut pas ma surprise pendant le travail de constater par le toucher, après la rupture des membranes, une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. »

M. le Dr Ribemont a bien voulu, de son côté, me communiquer les deux observations suivantes :

Observation V. — Mme Br..., primipare, âgée de 20 ans, a eu ses dernières règles le 20 septembre 1878. Je la vois pour la première fois et l'examine le 15 juin 1879. L'excavation est occupée par une partie fœtale volumineuse, qui la remplit complètement et ne permet pas d'enfoncer au-dessous du détroit supérieur l'extrémité des doigts qui dépriment les parois abdominales, en arrière des branches horizontales du pubis. Je pense immédiatement avoir affaire à une présentation du sommet, et je cherche à reconnaître les caractères du siège, au niveau du fond de l'utérus. Une sensibilité assez vive des parois abdominales m'empêche d'explorer comme je le voudrais le fond de l'utérus, où je ne puis sentir aucune petite partie fœtale. Le plan dorsal est à gauche et en avant. L'auscultation, en me faisant entendre les bruits cardiaques en un point plus rapproché de la symphyse pubienne que du fond de l'utérus, me confirme dans mon opinion.

Pratiquant alors le toucher, je rencontre une partie fœtale arrondie, ferme, très profondément engagée dans l'excavation. Le segment inférieur de l'utérus est assez épais et je ne puis sentir ni suture, ni fontanelle. En déprimant la partie fœtale dans le cul-de-sac postérieur, elle me semble moins résistante, moins osseuse, qu'une extrémité céphalique : me souvenant alors des faits dont quelques mois auparavant mon ami M. le Dr Budin avait entretenu ses élèves particuliers, faits d'engagement profond de l'extrémité pelvienne dans l'excavation, plus ou moins longtemps avant le début de travail, je redoublai d'attention. Le palper, pratiqué de nouveau au détroit supérieur, ne me donnait pas la sensation de tumeur osseuse plus appréciable du côté de la région frontale. Il n'y avait pas ce vide qui existe entre le tronc et la partie fœtale engagée, lorsque celle-ci est l'extrémité céphalique. Je me ralliai alors à ce diagnos-

tic : présentation du siège en position sacro-iliaque gauche antérieure.

Le 21 juin, Mme Br... accouchait d'une fille bien développée qui sortit en présentation du siège, mode des fesses.

Observation VI. — Boud..., Adolphine, primipare, âgée de 20 ans, entre le 13 décembre 1880 à la Clinique. Elle est enceinte de huit mois environ. Deux élèves du service l'examinent le lendemain et portent sans hésitation le diagnostic de présentation du sommet, en occipito-iliaque gauche antérieure. Voulant contrôler leur diagnostic, je pratique le palper et reconnais que l'excavation pelvienne est remplie par une partie fœtale volumineuse, qui s'y engage profondément. Il est toutefois difficile d'apprécier la forme de cette partie, elle ne paraît pas nettement distincte des parties fœtales situées au-dessus du détroit supérieur, mais semble plutôt se continuer avec elles, du moins à gauche. De ce côté, sur toute la hauteur de l'utérus, je reconnais le plan résistant formé par le dos. Au fond de l'utérus est une masse lisse, dure, régulière, que je crois être la tête, bien qu'il me soit impossible de la faire balloter.

J'examine avec attention la masse engagée dans l'excavation pelvienne et je sens, en exerçant sur elle avec les deux mains des pressions simultanées et de sens opposé aux deux extrémités de son diamètre transversal, qu'elle est moins dure que ne le serait une tête et qu'il est possible de tasser un peu les parties qui la constituent. En auscultant, je trouve le maximum des bruits cardiaques bien au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

Le doigt introduit dans le vagin rencontre une masse lisse, arrondie, dont la consistance, quoique ferme, ne donne pas cette sensation de dureté osseuse qui caractérise la tête.

Le diagnostic n'est plus douteux ; il s'agit d'une présentation du siège en position sacro-iliaque gauche antérieure. La femme, examinée à plusieurs reprises, est soumise en vain à des tentatives de version par manœuvres externes.

Le 8 janvier 1880, Boud... accouche spontanément d'un enfant mâle du poids de 3290 grammes, qui se présente par l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. Il y avait fort peu de liquide amniotique.

Voici donc six cas dans lesquels il y a eu pendant la grossesse, avant tout début de travail, une présentation de l'extrémité pelvienne définitive, le siège étant profondément engagé. Dans tous ces faits, il s'agissait de

présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

En général, les enfants n'étaient pas très volumineux (observation I, 2,430 grammes; obs. II, 2,800 gr.; obs. III, 2,900 gr.; obs. VI, 3,290 gr.)

Dans la plupart des cas, il y avait peu de liquide amniotique, et l'utérus était parfois fortement appliqué sur le fœtus.

Ces diverses conditions s'ajoutent pour expliquer l'engagement du siège pendant les derniers temps de la grossesse.

Trois des femmes étaient primipares, les autres étaient : l'une secondipare, deux tertipares. Autant donc qu'il est permis d'en juger par ces observations encore trop peu nombreuses, ces faits ne seraient guère plus fréquents chez les primipares que chez les multipares.

En résumé : 1° Dans les derniers temps de la grossesse, on peut observer des présentations *définitives* de l'extrémité pelvienne ;

2° Dans les cas où le siège était ainsi engagé, il s'est toujours agi jusqu'ici de présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses ;

3° L'inspection, la palpation, l'auscultation et le toucher peuvent, au premier abord, faire croire à une présentation de l'extrémité céphalique fléchie, avec engagement marqué de la tête ; mais, si on analyse attentivement plusieurs des sensations perçues, il est possible d'éviter toute erreur et d'arriver au diagnostic exact.

III.

Quelques remarques sur la contraction physiologique et pathologique du muscle releveur de l'anus chez la femme.

I. Contraction simple du muscle.

Je fus appelé un jour par un étudiant en médecine de mes élèves, pour voir sa maîtresse Lucie G. qui faisait une fausse couche. Lorsque je pratiquai le toucher, je me trouvai comme arrêté momentanément par une sorte de rétrécissement qui existait en arrière de l'orifice du vagin ; j'en fus d'autant plus surpris que cette femme était déjà accouchée deux fois à terme. Quelques mois plus tard, en mai 1879, elle vint me consulter parce qu'elle souffrait du côté des organes génitaux : elle avait la syphilis, des plaques muqueuses existaient autour de la vulve et de l'anus. Après avoir introduit un spéculum de Fergusson pour voir s'il existait quelque lésion du côté du col utérin ou de la muqueuse vaginale, je le retirais en le laissant glisser doucement, lorsque, sans que la femme parût faire un effort, mon spéculum fut brusquement projeté au dehors et il fut tombé par terre si je ne l'avais pour ainsi dire rattrapé au vol. Très surpris et me rappelant l'obstacle que j'avais trouvé lors de mon premier examen, je pratiquai de nouveau le toucher avec soin. Je pus alors constater, qu'à certains moments, survenait une contraction assez forte qui rétrécissait le canal du vagin ; il se formait un cercle de consistance fibreuse, un véritable anneau, à deux centimètres environ en arrière de l'orifice vaginal. Ayant vu que ces contractions pouvaient se produire sous l'influence de la

volonté, je priai Lucie G. de les renouveler et de les faire persister un certain temps pendant que je l'examinais. Au-dessus de l'anneau, les parois du vagin étaient souples, extensibles et je pus, en recourbant le doigt en crochet, étudier comment se formait cet anneau. Il n'y avait pas seulement un cercle limité, mais, à sa périphérie, il se formait une véritable surface plane et résistante, le doigt pouvait passer en avant sur cette surface plane et arriver avec elle jusque derrière la symphyse; de la face postérieure du pubis, il suivait à droite la circonférence du muscle qui, faisant tout le tour de l'excavation pelvienne, croisait le trou obturateur, la face interne de l'ischion et s'étendait en arrière jusqu'aux bords du coccyx et du sacrum. La même disposition existait du côté gauche, si bien que non seulement il se formait un cercle, un anneau rétrécissant le vagin, ce qui était le fait le plus marquant, mais qu'encore tout le plancher pelvien semblait soulevé pendant une contraction volontaire. La contraction cessant, l'anneau disparaissait complètement et le périnée, redevenu souple se laissait facilement déprimer.

La patiente étant un peu fatiguée par cet examen, je la priai de revenir me voir la semaine suivante. Il était évident que la formation de cet anneau et l'élévation du plancher du bassin qui survenaient sous l'influence de la volonté, étaient la conséquence d'une contraction musculaire, et, en réfléchissant, je pensai que le seul muscle qui pût donner ces résultats était le muscle releveur de l'anus, probablement beaucoup plus développé chez cette femme qu'il ne l'est habituellement.

L'anneau qui se formait autour du vagin siégeait, je l'ai dit, à deux centimètres environ de son orifice antérieur; du reste, en interrogeant cette femme, j'appris que chez elle les premiers rapports sexuels avait été relativement faciles et non douloureux, elle n'avait pas perdu de sang (1). Les choses s'étaient passées si simplement que

---

(1) Voyez *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal*; in *Progrès médical*, 1879, p. 697.

son amant avait mis en doute sa virginité, et, cependant, elle m'assura qu'elle ne s'était jamais livrée à aucune manœuvre qui eût pu dilater l'orifice vaginal. Elle avait fait, par la suite, quelques remarques assez singulières ; elle pouvait, pendant les rapports sexuels, en se contractant fortement, empêcher la sortie du membre viril ; d'autre part, quand elle avait eu quelque brouille avec son amant et qu'elle le boudait, s'il désirait avoir des rapprochements sexuels, elle paraissait s'y prêter de bonne grâce, mais, sans en avoir l'air, elle se contractait ; il avait alors beau faire, il ne pouvait pénétrer dans le vagin, il trouvait porte close. Devenue enceinte, sa grossesse fut normale, mais elle eut un accouchement excessivement laborieux, ce ne fut qu'après trois jours de douleurs très vives et de violents efforts qu'elle fut enfin délivrée. Après ce premier accouchement, elle pouvait encore, suivant son expression, « serrer » pendant les rapports sexuels, mais avec moins de force. Devenue enceinte une seconde fois, elle était accouchée plus facilement. Elle assure que la puissance de contraction qu'elle possède, et dont elle fait souvent usage, est beaucoup moins grande maintenant qu'autrefois.

De nouveaux examens me donnèrent absolument les mêmes résultats. Je restai donc convaincu qu'il s'agissait bien là du muscle releveur de l'anus dont certaines fibres, surtout celles qui entourent le vagin, présentaient un développement exagéré.

En cherchant dans la littérature médicale, je trouvai bientôt un fait rapporté par Hildebrandt, en 1872, et qui l'avait déjà conduit aux mêmes conclusions. Voici l'observation d'Hildebrandt (1) :

Mon patient, dit-il, qui fut surpris d'une façon si désagréable, n'est plus un jeune homme, bien qu'il soit encore

(1) Hildebrandt. — *Ueber Krampf des Levator ani beim Coïtus* ; in *Archiv. f. Gynæk.* III Bd. 2 Heft. 1872.

vert et passionné. Sa jeune femme, avec laquelle il est marié depuis un an, est très facilement excitable et me paraît d'un tempérament érotique. Etant jeune fille, elle avait déjà souffert de douleurs utérines qui se sont accrues d'une façon continue depuis le mariage, sans empêcher toutefois les rapprochements sexuels, qui n'étaient jamais douloureux. Au printemps, on lui avait fait commencer un traitement pour les troubles utérins qu'elle ressentait; la sonde, le spéculum, l'éponge préparée, les tampons imbibés de glycérine, etc., furent employés, et, autant que je puis croire, trop souvent, sans ménagements et sans habileté : de sorte que, chez cette jeune femme nerveuse, l'excitabilité qui existait déjà ne cessa de s'accroître de semaine en semaine, au point qu'elle fondait en larmes pour le motif le plus futile.

Pendant ce traitement et malgré cette grande surexcitabilité nerveuse, le coït fut une fois pratiqué. Mon patient racontait en quelques mots l'aventure qui lui arriva un soir que, étant moins mal que d'habitude, sa femme se sentait très excitée. Juste au moment où il croyait terminer un coït jusque-là régulier, il sentit tout à coup sa verge ou pour mieux dire son gland retenu fortement au fond du vagin, étreint et comme emprisonné dans un anneau, le membre viril se trouvant tout entier contenu dans le vagin. Chaque tentative qu'il faisait pour s'échapper restait infructueuse. En faisant des efforts pour se séparer, les deux époux éprouvèrent de vives douleurs. L'excitation, la crainte, les essais répétés les mirent en sueur, et, malgré tout, il leur fallut avoir la patience d'attendre. Enfin, au bout de combien de minutes? le mari ne pouvait le dire, car le temps de son emprisonnement lui avait semblé interminable, l'obstacle disparut de lui-même : il était libre.

En examinant la femme plusieurs semaines après, je ne constatai rien d'anormal, sauf un certain degré d'antéflexion de l'utérus hypertrophié.

Après avoir analysé les différents phénomènes observés, Hildebrandt est arrivé à cette conclusion que le muscle qui s'était ainsi contracté brusquement et puissamment était le muscle releveur de l'anus.

Depuis cette époque, nous avons rencontré quelques femmes chez lesquelles le muscle releveur de l'anus pouvait, sous l'influence de la volonté, se contracter d'une façon très marquée.

La nommée Louise-Désirée B..., âgée de 20 ans, couturière, entre à la Clinique d'accouchement de la Faculté, le 1er octobre 1879. Cette jeune femme, enceinte pour la première fois, est parvenue au terme de sa grossesse. Le soir même de son arrivée, je la fis d'abord examiner par un de mes élèves, un médecin étranger, qui, en voulant pratiquer le toucher, rencontra des difficultés telles qu'il crut, sans y réfléchir davantage, à un rétrécissement considérable du détroit inférieur. Je l'examinai à mon tour ; en introduisant le doigt dans les organes génitaux on trouvait, après avoir franchi l'orifice vaginal, qu'il existait une bande de tissu très résistant. Deux doigts, l'index et le médius ne purent être introduits ensemble qu'avec peine; une fois qu'ils eurent pénétré, je priai la malade de serrer comme on le fait quand on a fini d'aller à la garde-robe. Je constatai alors un contraction énergique, les doigs étaient fortement appliqués contre le bord inférieur de la symphyse pubienne, en même temps qu'ils étaient comprimés de toutes parts par un véritable cercle. Lorsque la malade cessait de se contracter, la pression disparaissait. On fit coucher la femme sur le côté gauche, on introduisit le doigt dans le vagin, et on chercha avec l'extrémité de l'index à reconnaître la pointe du coccyx. On y arriva, et on put, pendant la contraction, sentir tout le plancher périnéal qui se soulevait en même temps que l'anneau du vagin se serrait considérablement. On put aussi, pendant la contraction, sentir à l'aide du doigt recourbé les fibres musculaires qui faisaient en haut des saillies longitudinales ; elles allaient en avant s'insérer derrière la symphyse pubienne ; on les suivait sur les côtés jusqu'au niveau de l'arcade fibreuse qui croise le muscle obturateur interne, et on arrivait avec elles en arrière jusque sur le coccyx.

Tous ces caractères, ainsi que la distance qui séparait de l'orifice vaginal l'anneau formé pendant la contraction, montraient bien qu'il s'agissait là du muscle releveur de l'anus. Telle fut également l'opinion de M. le Dr Charpentier, qui remplaçait alors M. le professeur Depaul, et à qui nous avions fait constater ces diverses particularités.

Sur une autre femme, la nommée Gabrielle H..., âgée de 20 ans, on retrouvait les mêmes phénomènes. Les premiers rapports sexuels avaient été chez elle assez difficiles et très douloureux. Devenue enceinte, elle avait quitté son pays et s'était rendue à Paris.

Parvenue au terme de sa grossesse et ayant des douleurs, elle demanda à être reçue à l'hôpital Saint-Louis. On constata chez elle une présentation du sommet et on l'envoya chez une sage-femme. Comme après trois jours de travail et malgré des contractions violentes elle n'accouchait pas, la sage-femme la ramena à l'hôpital Saint-Louis où, après l'avoir endormie avec du chloroforme, on la délivra à l'aide du forceps Tarniér. Il y avait eu une déchirure de la fourchette, mais le périnée était intact et le muscle releveur de l'anus avait conservé sa puissance. En se contractant, il formait un anneau à 2 centimètres environ au-dessus de l'orifice antérieur du vagin, et on sentait en même temps le plancher pelvien se soulever.

Il n'y a évidemment qu'un seul muscle, le releveur de l'anus lorsqu'il est très développé chez certaines femmes qui puisse, en se contractant sous l'influence de la volonté, soulever ainsi le plancher du bassin et former un véritable anneau autour du vagin à une certaine distance au-dessus de son orifice. Le siège du constrictor cunni est différent, ses fibres sont en général assez faibles et leur direction n'est pas la même. Du reste, la disposition des faisceaux musculaires qu'on sent se contracter sous le doigt rappelle bien la direction des fibres du muscle releveur de l'anus et leur mode d'insertion aux parois du bassin (1).

Savage (2) avait déjà nettement montré que la contraction de l'anneau vaginal était produite non point par le muscle constrictor cunni mais par ce qu'il appelle le muscle pubio-coccygien, c'est-à-dire par les faisceaux pubiens du muscle releveur de l'anus.

La couche musculaire profonde du périnée se trouve formée, on le sait, par les deux muscles releveurs de

---

(1) Nous n'avons évidemment en vue dans ce travail que ce qui se rapporte au muscle releveur de l'anus et nous laissons volontairement de côté tout ce qui est relatif au rôle des autres muscles du plancher pelvien.

(2) Savage. — *Surgical Anatomy of the female pelvic organs.* « The *Constrictor vaginæ muscle* is not the Bulbo-cavernosus muscle (Compressor Bulbi, notre constrictor cunni). The constriction of the vaginal ring is produced by the pubo-coccygeus muscle.

l'anus et les deux muscles ischio-coccygiens qui sont situés en arrière.

Savage décrit de chaque côté trois muscles qu'il appelle, le premier muscle pubio-coccygien, le second muscle obturato-coccygien et le troisième muscle ischio-coccygien.

Pour lui, le muscle *pubio-coccygien* part de la face interne du pubis par des fibres musculaires distinctes. Ses fibres médianes passent de chaque côté de l'urèthre et du vagin ; quelques-unes d'entre elles passent entre le vagin et le rectum pour se croiser avec des fibres musculaires semblables venues du côté opposé du plancher périnéal.

Une autre série de fibres plus externes contournent le rectum, en arrière duquel elles passent en formant avec les fibres venues du côté opposé des anses musculaires qui se mêlent aux fibres circulaires inférieures (sphincter interne) du rectum.

Les fibres qui sont situées encore plus en dehors se réunissent, sur une sorte de raphé médian, à celles venues du côté opposé, et elles vont en définitive s'insérer sur les côtés du coccyx.

Le muscle *obturato-coccygien* part de l'arcade aponévrotique : ses fibres vont en convergeant s'insérer sur les bords du coccyx.

Le muscle *ischio-coccygien* part de l'épine sciatique : ses fibres vont en divergeant s'insérer sur le bord du coccyx et sur le bord du sacrum, à sa partie inférieure.

Ce résumé de la description de Savage permet de comprendre ce qu'il entend par le faisceau pubio-coccygien qui constituerait le véritable anneau du vagin.

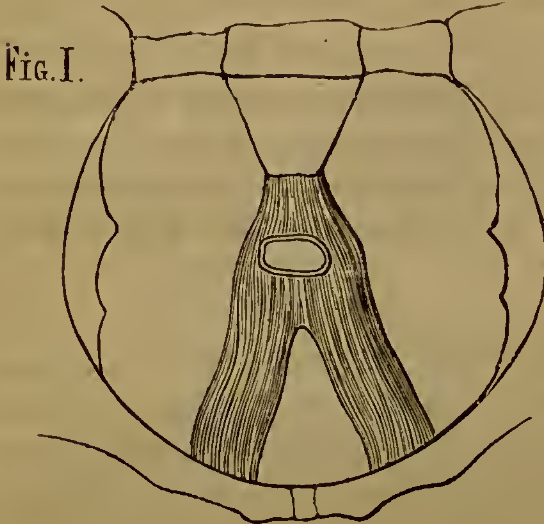
Hildebrandt a cherché de son côté à expliquer comment agissaient les fibres du muscle releveur de l'anus (1).

« Les préparations anatomiques nous montrent que

---

(1) Hildebrandt. — *Handbuch der Frauenkrankheiten redigir von Billroth.* VIII Abschnitt. S. 106.

les plus gros faisceaux de ce muscle naissent derrière les pubis, à 1cm5 de la ligne médiane et de l'articulation de la symphyse, à 3cm5 au-dessous du bord horizontal du pubis, c'est-à-dire un demi-centimètre au-dessus du bord inférieur de la symphyse ; de là, croisant la paroi latérale du vagin, ils vont les uns en avant, les autres en arrière du rectum, d'autres vont jusqu'à la partie inférieure du coccyx (*Fig.* I). Ils marchent donc dans la direction du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur ; en conséquence, dans la station debout, ils sont presque parallèles au sol, un peu obliques cependant de haut en bas et d'arrière en avant puisque la pointe du coccyx se trouve 16 ou 18 millimètres plus haut que le bord inférieur de la symphyse.





« Ces faisceaux épais peuvent, quand ils se contractent, dit encore Hildebrandt, rétrécir le canal vaginal de deux façons : premièrement ils rapprochent la paroi postérieure du vagin et le rectum de la symphyse ; secondement en se contractant ils augmentent à peu près autant en épaisseur qu'ils perdent en longueur. Mais, plus la partie centrale du muscle devient épaisse de chaque côté, plus

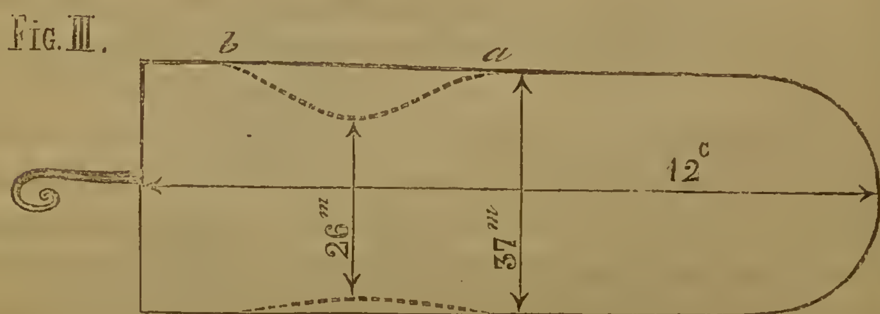
le vagin se trouve rétréci de droite à gauche. La *figure* II met ce fait en évidence. De ces considérations il résulte qu'il ne saurait venir à l'esprit que le muscle releveur de l'anus agit comme un anneau musculaire à la façon des autres sphincters, il ne saurait donc brider circulairement le vagin comme le fait le constrictor cunni. »

Nous ne pensons pas que l'opinion d'Hildebrandt soit absolument exacte. Pour bien nous rendre compte de la façon dont agissait le muscle releveur de l'anus, nous avons fait fabriquer des cylindres en cire à modeler, longs de 12 centimètres environ, ayant un diamètre un peu moins considérable à une de leurs extrémités qui était arrondie qu'à l'autre extrémité qui était plane et en formait pour ainsi dire la base. Le diamètre moyen du corps de chaque cylindre était de 37 millimètres, la circonférence était de 11^{cm}1/2. Un fil de laiton plié en double suivant toute la longueur du cylindre et sortant au niveau de sa base offrait une prise solide pour l'introduire dans les organes génitaux et pour l'en extraire. (*Fig.* III.)

Après avoir enduit le cylindre d'un corps gras, nous plaçions la femme sur le dos, comme quand on veut faire un examen avec un spéculum bivalve. Les muscles du périnée étant dans un relâchement complet, nous introduisions le cylindre dans le vagin, comme on introduit un spéculum plein, et quand il était bien placé, nous demandions à la femme de se contracter aussi fortement que possible. La contraction déterminait une impression sur la cire : la femme, mettant de nouveau ses muscles dans le relâchement, nous pouvions retirer le cylindre sans difficulté. Il existait alors sur la cire un cercle complet.

En avant, au niveau de la partie qui correspondait au bord inférieur de la symphyse, il y avait une véritable échancrure. Cette échancrure formait une dépression arrondie à courbure assez régulière ; on avait comme un arc de cercle qui, chez la nommée Lucie G... mesurait

4 centimètres environ d'une extrémité de l'arc à l'autre (de *a* en *b*). (*Fig.* III.) Le diamètre antéro-postérieur du cylindre, sorte de phallus artificiel, pris en partant du fond de la dépression ne mesurait plus que 26 millimètres au lieu de 37. Le diamètre transverse était de 35 millimètres. La circonférence n'était plus que de 10cm1/2. La contraction avait donc agi principalement dans le sens antéro-postérieur, de sorte qu'en avant le bord inférieur



de la symphyse et le ligament triangulaire avaient surtout imprimé leur trace sur la cire à modeler. Sur les côtés et en arrière, le sillon était au contraire peu profond bien qu'apparent, ce qui était dû, sans doute, à ce que les faisceaux musculaires formaient une bande assez large.

Les mêmes recherches ont été faites sur la nommée Louise-Désirée B..., qui était enceinte. La contraction chez elle était plus puissante encore. Le diamètre antéro-postérieur du cylindre-phallus ne mesurait plus, là où avait été exercée la compression, que 24 millimètres et le diamètre transverse que 32 millimètres (au lieu de 37 dans tous les sens). La circonférence était de 92 millimètres.

Il est certain que, si au lieu d'employer la cire à modeler qui était assez ferme, nous avions pu faire usage d'une substance qui eut opposé moins de résistance à la contraction, tout en étant capable de conserver ensuite sa forme, nous eussions noté un diamètre beaucoup

moindre du cercle ainsi limité pendant la contraction.

Ce cercle était assez régulier, ne rappelait nullement la forme décrite par Hildebrandt comme devant résulter de la contraction des faisceaux du muscle releveur de l'anus. D'autre part, ces expériences montrent bien que la paroi postérieure du vagin est, au moment de la contraction, entraînée d'arrière en avant, qu'elle est rapprochée de la symphyse pubienne. Il y a donc un véritable anneau péri-vaginal.

Chez un certain nombre de femmes, nous avons trouvé le muscle releveur de l'anus assez développé, mais agissant d'une façon différente. Au moment de la contraction il ne se formait pas un cercle, un anneau limité autour du vagin, mais toute la paroi postérieure de ce canal, formant comme une large sangle, était soulevée sur une grande hauteur et rapprochée de la paroi antérieure. C'est à cette disposition que Sims (1) a très nettement fait allusion. « Mon explication de ce phénomène physiologique est la suivante, dit-il, en parlant de certains faits qui se passent pendant les rapports sexuels : le col utérin est comprimé avec force contre le gland par une contraction du constricteur supérieur du vagin et je lui ai attribué une fonction, celle de comprimer avec force, à un certain moment, le gland contre le museau de tanche. Je n'ai fait aucune dissection pour montrer l'existence d'un tel muscle spécial, mais il existe, et je suis parfaitement sûr que quelque anatomiste le disséquera et le décrira, car j'ai constaté des centaines de fois des preuves de sa présence. »

Le muscle constricteur supérieur du vagin de Sims n'est certainement pas autre chose que le muscle releveur de l'anus, muscle qui peut se contracter sous l'influence de la volonté, mais que le plus souvent la

(1) Marion Sims. — *Clinical notes on Uterine Surgery*. 1866, p. 373 et 374.

femme contracte sans en avoir conscience, pendant les rapports sexuels (1).

Il est probable que si, chez les femmes qui possèdent un muscle releveur de l'anus bien développé, on obtient deux variétés différentes dans la contraction, cela tient à ce que le développement porte plus particulièrement dans chacune d'elles sur certains faisceaux du muscle. La formation d'un véritable anneau autour du vagin serait surtout la conséquence du développement exagéré de la partie appelée par Savage muscle pubio-coccygien et en particulier des faisceaux qui se croisent entre le rectum et le vagin. Lorsque, au contraire, la paroi postérieure du vagin est, comme l'a noté Sims, portée en avant sur une assez grande étendue et rapprochée de la paroi antérieure, ce seraient les fibres du muscle obturato-coccygien et surtout celles du muscle ischio-coccygien qui seraient très développées et iraient s'insérer assez haut en arrière sur les bords du sacrum.

II. Contracture du muscle releveur de l'anus.

Les faisceaux du muscle releveur de l'anus peuvent être le siège d'une contracture soit momentanée, soit permanente. L'observation d'Hildebrandt que nous avons rapportée est un exemple de contracture momentanée. Nous avons rencontré plusieurs cas de contracture permanente.

Le 25 juillet 1880, je me rendis avec le Dr Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Saint-Antoine pour examiner une malade de son service qui était en travail et qui avait perdu des eaux depuis la veille. Cette femme se trouvait depuis six mois à l'hôpital pour un vaginisme intense, elle refusait presque constamment de laisser pratiquer le toucher vaginal qui était pour elle atrocement douloureux : il suffisait

(1) Voyez : de Sinéty. *Manuel pratique de Gynécologie* 1879 p. 225.—Carl Braun. *Lehrbuch der gesammten Gynœkologie*. 2 Auflage, 1881, p. 375.

du reste de mettre la main sur ses jambes pour déterminer un rapprochement immédiat et instinctif des cuisses. Elle raconte qu'elle a essayé bien des fois d'avoir des rapports sexuels, mais elle souffrait tellement qu'ils étaient presque impossibles. « J'ai eu bien des amis, disait-elle, mais pas un n'est resté sérieux, à cause des difficultés que nous éprouvions ». Elle affirme qu'elle est enceinte des œuvres d'un jeune asiaque chez lequel le membre viril était très peu développé, ce qui a permis quelques fois son introduction.

Après bien des pourparlers et en prenant beaucoup de précautions, je réussis à introduire l'index dans le vagin. Je sentis la tête engagée, mais je ne pus arriver sur le col de l'utérus, qui, d'après la direction du cul-de-sac, paraissait être en haut et à gauche. J'introduisis deux doigts sans réussir davantage à trouver le col ; j'étais du reste arrêté par une bride très forte qui existait au niveau de la partie inférieure et postérieure du vagin, cette bride persistante, était à une certaine distance au-dessus de l'entrée du vagin.

Après avoir retiré mes doigts, je voulus explorer par l'extérieur l'orifice du vagin : cela me fut d'abord impossible. Au moindre attouchement la malade serrait très fortement les jambes, je n'y parvins qu'en ayant recours au procédé suivant. Comme elle voulait écarter elle-même les lèvres, pensant qu'elle réussirait, je dirigeai ses deux mains sans toucher à ses cuisses et lui fis séparer les petites lèvres. On put ainsi constater que l'orifice du vagin était large et parfaitement perméable : il y avait à gauche et en bas une déchirure, conséquence des premiers rapports sexuels pendant lesquels elle avait perdu un peu de sang. On pouvait suivre la muqueuse vaginale jusqu'à une certaine distance dans la profondeur, jusqu'à 1 centimètre et demi environ. C'était là qu'existait l'obstacle.

Cet examen fait, j'introduisis de nouveau un doigt dans le vagin, je le repliai en crochet et je priai la malade de serrer comme quand on a fini d'aller à la garde-robe. Je pus alors sentir très nettement la bande musculaire se contracter plus fort, comprimer le doigt, puis se relâcher un peu. Je répétai l'expérience à plusieurs reprises et pus ensuite faire constater les mêmes faits au Dr Dujardin-Beaumetz qui avait pratiqué le toucher. Le muscle qui se contractait et soulevait alors la paroi du vagin était bien, d'après son siège et la direction de ses fibres, le muscle releveur de l'anus.

Il importait de savoir à quelle période du travail cette

femme était arrivée et s'il n'existait pas une fissure, une lésion de la muqueuse vaginale pouvant expliquer la contracture.

Pour résoudre ces questions, il était nécessaire d'endormir la patiente qui consentit à respirer du chloroforme. Comme elle s'agitait considérablement et involontairement dès qu'on la touchait, même au bras, on la laissa étendue sur le lit et,en évitant tout contact,on approcha simplement de sa figure une compresse sur laquelle on avait versé du chloroforme. Au bout de quelques minutes, la période d'excitation arriva, on la saisit alors par les bras et par les jambes, on l'immobilisa, on continua à administrer le chloroforme et quelques instants après l'anesthésie était complète. On la plaça en travers du lit. En pratiquant le toucher on ne trouva plus le moindre obstacle, la paroi postérieure du vagin était absolument souple; j'introduisis non pas seulement deux doigts, mais quatre doigts avec la plus grande facilité; je pénétrai ensuite dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin où je constatai que le col était effacé et qu'il existait un commencement de dilatation de l'orifice utérin qui mesurait 1 centimètre et demi environ de diamètre. Je pus, en déprimant fortement avec les doigts la partie postérieure du vagin, ouvrir largement ce canal et montrer à tous les assistants que la contracture avait disparu.

On était allé chercher des spéculums, comme on ne les apportait point, on donna un peu moins de chloroforme : au bout de quelques minutes la patiente se mit, sans en avoir conscience, à exécuter des mouvements et on put alors constater que la contracture avait reparu. On administra de nouveau le chloroforme; l'anesthésie redevint complète. J'introduisis avec la plus grande facilité un spéculum de Cusco, puis un spéculum de Sims et, le tournant dans tous les sens, j'examinai avec soin la muqueuse sur laquelle ni en avant, ni en arrière, ni sur les côtés il n'y avait la moindre lésion, la moindre ulcération.

Le travail continua; le lendemain 26 juillet, à 11 heures, je revis cette femme : la tête reposait sur le plancher du bassin, la contracture persistait. L'interne du service dut faire administrer du chloroforme et il termina l'accouchement par une application de forceps.

Quelques mois plus tard, j'eus l'occasion d'observer un nouveau fait. Je fus appelé, le 5 octobre, par un médecin de la ville pour voir une dame X..., âgée de 30 ans environ et mariée depuis deux années seulement. Cette femme avait

des hémorrhagies abondantes dues à la présence de tumeurs fibreuses; elle avait quelques jours auparavant expulsé une portion de myome. En outre, bien que mariée depuis deux ans, elle n'avait pu avoir qu'une seule fois des rapports sexuels et au prix des plus atroces douleurs; jamais elle n'avait voulu permettre à son médecin l'exploration vaginale.

Après quelques hésitations, elle m'autorisa à pratiquer le toucher; le doigt traversa l'orifice vaginal sans difficulté, mais sentit un peu au-dessus et en arrière un anneau étroit, qu'il franchit avec peine. La douleur déterminée à ce moment fut très vive. Le doigt arriva au fond du vagin et explora le col; de plus, le palper abdominal étant combiné avec le toucher vaginal on put examiner les modifications survenues du côté du corps de l'utérus.

En retirant doucement le doigt, on sent un anneau qui le serre et qui l'applique contre la symphyse pubienne. Il existe, en arrière, non pas seulement un corde, mais un véritable plancher. Du reste, quand l'index introduit dans le vagin est laissé immobile,il n'y a presque plus de douleurs et la constriction est alors moins forte. Je recommande à Mme L... de serrer comme quand elle a fini d'aller à la garde-robe ou quand on veut couper le bol fécal, je sens alors très nettement. le muscle releveur de l'anus qui se contracte et se soulève tout entier : c'est bien le même muscle qui, quand on introduisait ou retirait l'index, quand on frottait par conséquent sur les parois du vagin, comprimait très fortement le doigt. Mme L... éprouvait alors une véritable sensation de brûlure au niveau de la contracture. Ce n'était pas seulement en arrière qu'existait cette contracture, mais aussi en avant de chaque côté et de plus à une certaine hauteur, à 2 centimètres environ de l'orifice vaginal.

Ainsi donc,on peut rencontrer dans le vaginisme (1) la contracture des fibres du muscle releveur de l'anus. Simpson a dit quelques mots de la contracture isolée de certains faisceaux qu'il pensait appartenir à ce muscle (2).

---

(1) Dans cet état, parfois conplexe, désigné sous le nom de vaginisme et qui peut être dû soit à une hyperesthésie de la muqueuse vulvaire, soit à une hyperesthésie à laquelle s'ajoute de la contracture, d'autres muscles peuvent évidemment être atteints, mais, nous le répétons, nous nous bornons volontairement à l'étude du muscle releveur de l'anus.

(2) Simpson. — *Selected obstetrical Works*, p. 765 et 766.

C'est probablement dans des cas de vaginisme avec contracture du muscle releveur de l'anus que Sims (1) a dû, pour obtenir la guérison, faire des incisions profondes s'étendant en haut jusqu'à plusieurs centimètres sur la paroi postérieure du vagin.

Si la malade étant plongée dans la narcose chloroformique on faisait dans ce cas la dilatation forcée, il est probable qu'on ne recueillerait de cette opération aucun résultat favorable, la contracture ayant cédé sous l'influence de l'anesthésie totale. Il faudrait donc, pour qu'elle fût efficace, faire la dilatation sans que la malade fût endormie ou pendant l'anesthésie incomplète. De même si on voulait faire la section de la paroi postérieure du vagin et des fibres musculaires, elle devrait être opérée sans administration préalable d'agent anesthésique, ou bien au moment spécial où les muscles sont encore contracturés bien que la malade qui a respiré du chloroforme n'ait plus conscience de ce qui se passe. Enfin, s'il était démontré que, dans certains cas, la contracture est limitée aux fibres du releveur, on pourrait peut-être obtenir la guérison en ne faisant porter la section que sur ces fibres musculaires, sans avoir à pratiquer l'incision étendue, conseillée par Sims. Je me hâte d'ajouter que ce sont là des vues hypothétiques qui résultent de ce que j'ai observé chez la femme de l'hôpital Saint-Antoine, mais dont je n'ai pas eu l'occasion de vérifier l'exactitude par la pratique.

III. Résistance que le muscle releveur de l'anus peut apporter à l'accouchement.

Le développement exagéré des fibres musculaires du releveur peut mettre obstacle à l'accouchement. Ce ne fut qu'après trois jours de douleurs très vives et de violents efforts que la nommée Lucie G. fut enfin délivrée. Gabrielle H. qui avait été envoyée chez une sage-

---

(1) Marion Sims. — *Uterine surgery*, p 336.

femme fut ramenée par cette dernière à l'hôpital Saint-Louis, après trois jours de travail infructueux et on dut extraire l'enfant avec le forceps.

Quant à la nommée Louise-Désirée B., son accouchement ne fut pas moins intéressant. Il existait chez elle une présentation de l'extrémité pelvienne définitive (1), mode des fesses, en position sacro-iliaque droite antérieure. Les premières douleurs apparurent le 10 octobre à 3 heures du matin. A 8 heures, les membranes se rompirent probablement, car il s'écoula du liquide amniotique, mais la rupture a dû se faire au-dessus de l'orifice utérin ; en effet, en introduisant le doigt dans le col on arrivait sur les membranes qui bombaient encore pendant la contraction. Les douleurs ont continué pendant toute la journée : le soir à 6 heures, l'effacement était complet et il y avait un commencement de dilatation ; on arrivait sur les organes génitaux mâles du fœtus. A 10 heures du soir l'orifice utérin mesurait 4 centimètres de diamètre environ, les contractions se succédaient fréquentes et fortes ; le méconium commençait à s'écouler, les battements du cœur étaient réguliers. La sage-femme en chef nous a fourni les renseignements qui suivent et qui se rapportent à la fin de l'accouchement : A 11 heures du soir la dilatation était complète. Vers 1 heure du matin, comme le siège ne sortait pas, on administra du seigle ergoté. A 1 heure 45 on put enfin avoir un peu de prise sur le siège en partie dégagé ; on défléchit une jambe et on tira. Lorsque l'ombilic sortit, on constata qu'il n'y avait pas de battements du cordon : comme pendant les dernières heures on n'avait pas ausculté, on ne put savoir à quel moment l'enfant avait succombé. Pendant l'extraction, les bras se relevèrent ; on eut toutes les peines du monde à les défléchir. Lorsqu'il ne resta plus que la tête, deux doigts d'une main furent mis dans la bouche, l'autre main fut placée à

(1) P. Budin. — *De la présentation de l'extrémité pelvienne définitive.* (*Le Progrès médical*, 1881, p. 515.)

cheval sur le cou et des tractions très fortes furent exercées. L'extrémité céphalique restait emprisonnée dans l'excavation retenue par un obstacle dont on ne s'expliquait nullement la nature. Ce ne fut qu'après vingt minutes d'efforts énergiques que la tête sortit tout d'un coup. Il y avait une déchirure de la fourchette, mais la peau du périnée était restée intacte. L'enfant ne pesait que 2,900 grammes.

En pratiquant l'examen quelques jours plus tard on ne trouva plus la moindre contraction du muscle releveur de l'anus : il s'était évidemment rompu au moment de la sortie brusque de la tête. Lorsque la femme voulut quitter l'hôpital le 23 octobre, M. le D[r] Charpentier renouvela avec nous l'examen, sans pouvoir constater la contraction d'aucun faisceau musculaire. « Mais serrez donc, lui disait M. Charpentier. » — « J'ai beau faire des efforts, Monsieur, répondit-elle, je sens que je ne puis plus. »

Lorsqu'il y a contracture la résistance à l'accouchement semble plus grande encore. On a vu que chez la femme de l'hôpital St-Antoine on avait dû administrer le chloroforme et terminer l'accouchement par une application du forceps. Deux observations publiées, l'une par M. Révillout en 1874, l'autre, par M. Benicke en 1878, montrent combien les difficultés peuvent être considérables.

Il y a trois ans, dit M. Révillout (1), une femme jeune encore, primipare, très bien musclée, était entrée à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches. Comme le travail se prolongeait, l'interne de service pensa qu'il y avait lieu de recourir au forceps. En conséquence, il introduisit les branches de l'instrument et, parait-il, il n'éprouva aucune difficulté pour le faire. La tête était encore au détroit supérieur : les premières tractions furent inefficaces, et, n'osant insister, le jeune opérateur crut devoir recourir aux lumières d'un

(1) Révillout.— Les *constricteurs du vagin. Le vaginisme supérieur et le vaginisme proprement dit*, in *Gazette des hôpitaux*, n° 100, 29 août 1874.

accoucheur de profession. Avant de le faire appeler, il eut soin de retirer les branches du forceps.

Cet accoucheur, homme très distingué à tous égards et dont le nom fait autorité, arriva trois quarts d'heure plus tard environ. Il voulut, lui aussi, terminer l'accouchement par le moyen des fers ; mais quand il essaya d'introduire à son tour une des branches de l'instrument, la chose lui fut impossible. Un peu au-dessous de l'utérus, le vagin était divisé en deux parties, pour ainsi dire, par une sorte de double bride qui s'étendait de chaque côté d'avant en arrière, à peu près perpendiculairement à l'axe du corps.

Quelle pouvait être la nature de cette double bride ?

L'accoucheur en renom jugea qu'elle devait être cicatricielle, et, malgré les affirmations réitérées du jeune interne, il se refusa à admettre que l'introduction du forceps eût été possible moins d'une heure plus tôt.

Du moment où l'obstacle était considéré comme le résultat de cicatrices, la conduite à suivre était toute tracée : on ne devait pas espérer de le voir céder de lui-même, car les tissus inodulaires ne se prêtent pas à une dilatation physiologique.

Le mieux était donc de recourir à l'instrument tranchant sans plus tarder. On fit de chaque côté du vagin une incision parallèle à l'axe de ce canal et, par conséquent, à peu près perpendiculairement à la base des deux replis en question. L'enfant fut retiré alors sans difficulté.

Trois jours après la femme mourut. L'autopsie fut faite avec grand soin : j'y assistai. On trouva du pus dans les sinus de l'utérus, dans les veines du petit bassin, ce qui expliquait l'issue funeste. Mais quant à des brides cicatricielles ou autres, on n'en rencontra pas la moindre trace ; le vagin était sain et tout à fait normal ; autour des plaies, aucune saillie, aucun relief n'expliquait la nécessité dans laquelle on s'était trouvé de pratiquer de larges débridements de droite à gauche.

On ne pouvait pourtant pas admettre que l'accoucheur se fût trompé en croyant sentir un double obstacle, un double repli fortement tendu, fermant en partie le vagin comme une cloison incomplète vers la moitié de sa hauteur. Avant d'y porter le bistouri, il l'avait fait toucher par l'interne qui, malgré son étonnement, avait dû se rendre à l'évidence.

Mais maintenant, il était certain qu'il s'était agi d'un phénomène momentané, dont le mécanisme de production semblait nécessiter l'hypothèse d'une contraction ayant siégé dans quelque faisceau musculaire.

Dans l'observation rapportée par M. Benicke, la contracture n'était point passagère, mais elle durait depuis lontemps ; les difficultés furent plus grandes encore (1).

La femme K..., âgée de 25 ans, assez forte, assure que depuis sa jeunesse elle a souffert d'une grande sensibilité des organes génitaux externes. Elle était mariée depuis plusieurs années, les rapports sexuels, en raison des douleurs très vives qu'ils déterminaient, ne pouvaient être que très imparfaits; dès les premières approches de son mari, elle éprouvait un sentiment d'angoisse. Le mari raconte que, profitant un jour de ce que sa femme était profondément endormie, il put accomplir le coït : la conception s'en suivit. La grossesse fut normale. Le 2 février au soir apparurent les premières douleurs ; le liquide amniotique s'écoula dans la nuit du 2 au 3, dans la journée du 3, le travail fit à peine quelques progrès. On vint alors demander du secours à la Policlinique. Le pratiquant qui avait été envoyé arriva bientôt en disant que l'examen avait été presque impossible à cause d'une contraction persistante du vagin, que l'orifice utérin semblait complètement dilaté, que l'accouchement ne faisait aucun progrès et que la parturiente était dans un grand état d'excitation. Lorsque j'arrivai près de cette dernière, je constatai que le vaginisme était, en effet, très prononcé. L'approche du doigt qui devait pratiquer le toucher suffisait pour déterminer un sentiment d'angoisse, les genoux étaient alors rapprochés l'un de l'autre avec une force telle que le bras de la personne qui voulait faire l'examen se trouvait complètement emprisonné. Il fallut toute la puissance de volonté de la patiente pour qu'elle pût écarter peu à peu les genoux. On finit, avec beaucoup de peine, par constater que la dilatation de l'orifice utérin était presque complète et que la tête se trouvait profondément engagée dans le bassin. Le vagin se contractait fortement sur le doigt, la paroi postérieure du vagin était surtout dure et tendue. Après avoir fait une injection de morphine, j'ordonnai de donner encore de l'opium pendant les heures suivantes, afin d'amener un peu de calme. La situation resta la même. Les contractions bien que fortes, étaient complètement inefficaces, probablement à cause des douleurs considérables que déterminait

(1) F. Benicke.— *Ueber die Geburtsstörungen durch die weichen Geburtswege* in *Zeitsch. f. Geburtch. u. Gynæk.* 1878, p. 262 et suivantes.

la pression exercée par la tête ; celle-ci reposait sur le plancher du bassin, mais n'avançait pas. Les choses en étaient là lorsque je revis la patiente à 3 h. du matin le 4 février. De l'orifice externe, il ne restait plus qu'un petit bourrelet fait sur la tête par la lèvre antérieure. La parturiente était épuisée, excitée à un haut degré ; le pouls était petit, fréquent. Il me parut indiqué de terminer l'accouchement, je crus, en outre, que, sous l'influence de la narcose chloroformique, la contracture et par conséquent l'obstacle qui existait du côté des parties molles disparaîtrait ; je me résolus à appliquer le forceps. La narcose chloroformique dut être très profonde, sans cela les cuisses se rapprochaient immédiatement dès qu'on touchait les organes génitaux. Pendant l'introduction des cuillers, qui fut très facile, je fus frappé de l'état de tension des muscles du plancher pelvien et en particulier du releveur de l'anus.

Le forceps était bien et solidement appliqué, cependant, lorsque le bourrelet formé par la lèvre antérieure du col eut remonté au-dessus de la tête, je ne réussis pas, malgré des tractions puissantes et répétées à dégager la tête. Elle resta immobile sur le plancher du bassin, l'occiput se trouvant sous la symphyse. Malgré le déploiement d'une force assez considérable, elle ne s'abaissa pas d'un centimètre, soit qu'on tirât directement en bas, soit qu'on élevât peu à peu les branches de l'instrument. Il me sembla alors qu'il ne restait plus autre chose à faire que la perforation, bien que l'enfant fût vivant. Le forceps ne me permettait pas d'arriver au but qui devait être atteint et il n'y avait sans doute rien à attendre d'une expectation plus prolongée. Je fis la perforation avec le trépan et j'appliquai le cranioclaste sur le front. L'extraction de la tête perforée fut encore très difficile ; elle sortit lentement en se dégageant suivant sa longueur, comme si elle avait passé à travers un bassin généralement rétréci. On rencontra de semblables difficultés pour opérer le dégagement des épaules. Malgré de fortes tractions exercées sur la tête, elles ne s'abaissèrent pas : l'introduction du doigt dans l'aisselle placée en arrière fut presque impossible à cause de la résistance des parties molles. On finit par réussir avec le crochet mousse à amener le bras droit au dehors et, en exerçant sur lui des tractions, à compléter la sortie du fœtus. La délivrance fut faite par expression. A l'exception d'une déchirure superficielle du périnée de 2 centimètres de longueur, les parties molles étaient complètement intactes. Aussitôt après la délivrance, on lava la cavité utérine avec une solution phéniquée. Les suites de couches furent presque normales. Le troisième

jour seulement la température s'éleva jusqu'aux environs de 40° et il y eut quelques douleurs dans le côté droit. On fit de nouveau un lavage intra-utérin, on mit de la glace sur le ventre et la fièvre tomba.

Quelque temps après, cette femme se présenta à la Clinique. Le vaginisme persistait. Pour l'examiner, il fallut la plonger dans la narcose; on ne trouva rien de particulier. Quant au traitement de son vaginisme, la malade ne voulut point en entendre parler.

M. Benicke a ajouté à son observation les remarques qui suivent : « Dans notre cas, il est presque invraisemblable que pendant la narcose chloroformique, la contracture musculaire ait encore persisté. Cela s'explique sans doute par ce fait que la contracture durant depuis de longues années a dû déterminer un état anormal de résistance et de rigidité du tissu musculaire. » « On pourra peut-être me faire le reproche d'avoir pratiqué trop vite la perforation du crâne sur un enfant encore vivant. On aurait certainement pu attendre encore plus longtemps et avoir recours à une narcose plus prolongée mais je ne crois pas que cela aurait eu aucun avantage pour la parturiente. Comme malgré les douleurs puissantes et prolongées, malgré les tractions faites avec le forceps la tête n'avait pas changé de place, il ne me restait, dans mon opinion, que la thérapeutique que j'ai suivie. »

Dans tous les cas où il y avait contracture des faisceaux du releveur de l'anus, l'accouchement a été laborieux. Il n'en est sans doute pas ainsi dans les autres faits de vaginisme. Nous avons vu une femme qui resta pendant quelque temps couchée au lit n° 13 de la Clinique et chez laquelle, à la suite d'un premier accouchement, une ulcération avait persisté sur la muqueuse de la vulve, à droite de l'orifice vaginal. Les rapports sexuels étaient impossibles : un jour cependant, son mari la menaçant de prendre une maîtresse, ils eurent lieu au milieu d'atroces douleurs; une grossesse s'en suivit. Au toucher qui ne nous fut permis qu'une seule fois nous ne trou-

vâmes pas chez cette femme de contracture du plancher du bassin ; l'accouchement eut lieu spontanément et avec la plus grande facilité.

Lorsque le muscle releveur de l'anus met obstacle à la sortie du fœtus, la conduite qu'on doit tenir varie suivant les circonstances.

Si l'accouchement n'a pas lieu parce que le muscle très développé oppose simplement une résistance trop grande, il faut, après avoir attendu un temps suffisant, appliquer le forceps. L'anesthésie complète, en mettant le muscle dans le relâchement, favoriserait l'extraction. L'anesthésie pourrait également rendre de très grands services lorsqu'on ferait l'extraction podalique de l'enfant, s'il s'était présenté par le siège.

Si l'obstacle à l'accouchement était dû à la contracture du muscle releveur, il faudrait commencer par plonger la femme dans la narcose chloroformique et terminer par une application de forceps comme cela a été fait avec succès à l'hôpital St-Antoine.

S'il était bien nettement prouvé, dans un cas de contracture, que l'extraction est absolument impossible avec le forceps et qu'il y a un danger sérieux à attendre plus longtemps, l'intérêt de la mère autoriserait sans doute, l'enfant étant vivant, à pratiquer la craniotomie : si l'enfant avait succombé, on pourrait avoir recours plus tôt à cette opération.

Quant aux incisions faites sur les parois latérales du vagin, comme dans l'observation que M. Révillout a rapportée, il vaudrait peut-être mieux ne pas y avoir recours au moment de l'accouchement, de peur de voir les déchirures s'étendre trop loin pendant le passage de la tête et du tronc : en tous cas, on devrait éviter de les faire lorsque la contracture n'est survenue que momentanément.

En résumé : le muscle releveur de l'anus peut, d'une façon exceptionnelle, avoir des fibres musculaires très

développées chez la femme. Les contractions sont alors très nettement perçues lorsqu'on pratique le toucher.

Tantôt, on sent un véritable cercle, un véritable anneau qui étreint fortement les doigts introduits dans le vagin ; tantôt on observe un soulèvement de la paroi postérieure du vagin qui est portée en avant et se rapproche de la paroi antérieure.

Lorsqu'un de ces états existe, il peut en résulter des particularités intéressantes relativement à la physiologie des rapports sexuels (penis captivus, etc.) et aussi des difficultés pendant l'accouchement.

Dans certains cas, il y a une véritable contracture temporaire ou permanente des fibres du muscle releveur de l'anus : cette contracture peut rendre les rapports sexuels très difficiles ou impossibles ; elle peut également mettre obstacle à la sortie du fœtus. Il est important de savoir apprécier exactement le siège de la contracture afin de pouvoir efficacement y porter remède.

Il est possible enfin que, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants, le peu de développement ou la rupture des fibres du releveur de l'anus joue un rôle dans la pathogénie de certaines affections des organes sexuels, et principalement dans la pathogénie des déplacements de l'utérus et des parois du vagin.

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

PUBLICATIONS

DU

PROGRÈS MÉDICAL

6, rue des Écoles, 6

LE PROGRÈS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE.**

Paraissant le samedi par cahier de 24 ou 32 p. in-4° compacte sur 2 colonnes
Un an, 20 fr. — 6 mois, 10 fr.

Pour les étudiants en médecine, un an, 12 fr.

Les Bureaux du **Progrès médical** *sont ouverts de midi à cinq heures.*

ABADIE. **Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales.** In-8 de 12 pages. 0 fr. 40 c. — Pour nos abonnés . . 30 c.

AIGRE (D.) **Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie.** Un vol. de 86 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 75.

AIGRE. *Voir* BRODIE.

L'Année médicale, résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année, publié sous la direction du Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Aigre, A. Blondeau, H. de Boyer, E. Brissaud, P. Budin, R. Calmettes, J. Cornillon, L. Cruet, H. Duret, Ch. Féré, A. Josias, Laffont, Malherbe, Maunoury, Poncet (de Cluny), Poirier, F. Raymond, P. Reclus, P. Regnard, A. Sevestre, E. Teinturier, R. Vigouroux, collaborateurs du *Progrès médical.* Paraît tous les ans, pendant le courant du mois d'avril, analysant les progrès réalisés au point de vue médical pendant l'année précédente. Deux volumes sont en vente. Un volume in-18 Charpentier, de 416 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : par la poste, 3 fr. ; — pris dans nos Bureaux . . . . 2 fr. 50.

Archives de neurologie, Revue trimestrielle des maladies nerveuses et mentales, publiée sous la direction de J. M. CHARCOT, par MM. Amidon, Ballet, Bitot (P.), Bouchereau, Brissaud (E.), Brouardel (P.), Cotard, Debove (M.), Delasiauve, Duret, Duval (Mathias), Féré (Ch.), Ferrier, Gombault, Grasset, Huchard, Joffroy (A.), Landouzy, Magnan, d'Olier, Pierret, Pitres, Raymond, Regnard (P.), Rouget, Séguin (E. G.), Séguin (E.), Talamon, Teinturier (E.), Thulié (H.), Troisier (E.), Vigouroux (R.), Voisin (J.) —Rédacteur en chef : BOURNEVILLE ; Secrétaire de la rédaction : H. CL. DE BOYER. — Chaque fascicule trimestriel se composera de dix à onze feuilles in-8° carré, et de plusieurs planches chromo-lithographiées. — Abonnement pour un an : PARIS : 16 fr. — FRANCE et ALGÉRIE : 17 fr. — UNION POSTALE : 18 fr. — OUTRE-MER (en dehors de l'union postale) : 20 fr. — Les numéros séparés : 5 francs. — Les abonnements sont reçus aux Bureaux du *Progrès Médical,* 6, rue des Ecoles, à Paris, et dans tous les Bureaux de poste de France, de Belgique, de Suisse de Hollande et d'Algérie, sans autres frais que le prix de l'abonnement indiqué ci-dessus. Pour les autres pays, prière d'envoyer un mandat-poste avec l'ordre d'abonnement.

BOURNEVILLE. **Science et miracle : Louise Lateau ou la Stigmatisée belge.** In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte dessinées Par P. Richer. — 2e édition, revue, corrigé et augmentée. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50.

BOURNEVILLE. *Voir* CHARCOT.

BOURNEVILLE et L. GUÉRARD. **De la sclérose en plaques disséminées.** Vol. gr. in-8 de 240 pages avec 10 fig. et 1 planche. 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

BOURNEVILLE ET REGNARD. **Iconographie photographique de la Salpêtrière.** Cet ouvrage paraît par livraisons de 8 à 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. Douze livraisons forment un volume. Les *deux premiers volumes* sont en vente.

Les *neuf premières livraisons* de la 3e année sont parues : 1re *livraison* : **Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie.** — 2e et 3e *livraisons* : **Variété des attaques hystériques.** — 4e *livraison* : **Des régions hystérogènes.** — 5e et 6e *livraisons* : **Du Sommeil des hystériques ; — Somnambulisme,** etc.

Prix de la livraison . . . . 3 fr. — Prix du volume. . . . . . 30 fr.

Pour nos abonnés. Prix de la livr. 2 fr. — Prix du volume. . . . . . 20 fr.

— Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets ; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure . . . . 5 fr.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. **G. V. Townley ou du diagnostic de la folie au point de vue légal.** Paris, 1865. In-8 de 16 pages. 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

BOYER (H. Cl. DE). **De la thermométrie céphalique.** Brochure in-8e de 28 pages. — Prix, 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . . . 40 cent.

BOYER (H. Cl. DE). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BRISSAUD (E.). **Faits pour servir à l'histoire des dégénérations secondaires dans le pédoncule cérébral.** Brochure in-8 de 20 pages avec 8 figures. — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

BRISSAUD (E.). **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Un vol. in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BRISSAUD. *Voir* CHARCOT et FOURNIER.

BRISSAUD (E.) ET MONOD (E.) **Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.** 1877, in-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

BRODIE (B). Leçons sur les affections nerveuses locales, traduites de l'anglais par le Dr Douglas-Aigre ; un volume in-8 : Prix, 1 fr. 50 ; pour nos abonnés . . . . 1 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 6 fr.

BUDIN (P.). **Recherches sur l'Hymen et sur l'orifice vaginal.** Volume in-8 de 40 pages avec 24 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr

CARTAZ (A.). **Notes et observations sur le tétanos traumatique.** In-8. 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du système nerveux**, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome I : Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie. Paris, 1880. 4e édition. In-8 de 428 pages avec 25 figures et 10 planches en chromo-lithographie. 13 fr. — Pour nos abonnés. . . 10 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du système nerveux**, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome II : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; — *De la compression lente de la moelle épinière* (mal de Pott, cancer vertébral, etc.) ; — *Des amyotrophies* (paralysie infantile, paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire protopathique, sclérose des cordons latéraux, etc.) ; — *Tabès dorsal spasmodique* ; — *Hémichorée post-hémiplégique* ; — *Paraplégies urinaires* ; — *Vertige de Ménière* ; — *Epilepsie partielle d'origine syphilitique* ; — *Athétose* ; — *Appendice, etc.* Paris, 1880. 3e édit. Vol. in-8° de 496 pages avec 33 figures dans le texte et 10 planches en chromo-litographie. — Prix : 14 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 10 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies de la moelle épinière**, recueillies et publiées par E. BRISSAUD. In-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière**, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : 11 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins**, faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et SEVESTRE. Un volume in-8 de 400 pages, orné de figures et de 7 planches chromo-lithographiques. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 7 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques**. Un fort volume in-8 de 310 pages avec figures dans le texte et 3 planches en chromo-lithographie. — Prix cartonné à l'anglaise : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 7 fr.

CHARCOT (J.-M.). **De l'anaphrodisie produite par l'usage prolongé des préparations arsenicales**. Paris, 1864. In-8. 0 fr. 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

CHARCOT (J.-M.) et BOUCHARD (CH.). **Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques**. Brochure in-8. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . . . 40 cent.

CHARCOT (J.-M.) et GOMBAULT. **Note sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique**. In-8 avec planches chromo-lithog. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 c.

CHARPENTIER. (*Voir* LANDOLT.)

CHOUPPE (H.). **Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca**. Paris, 1873. In-8 de 40 pages, 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

CORNILLON (J.). **Action physiologique des alcalins dans la glycosurie**. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

CORNILLON (J.). **De la contracture uréthrale dans les rétrécissements périnéens**. In-8 de 60 pages. 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . 1 fr.

CORNILLON (J.). **La folie des grandeurs**. In-8 de 60 pages. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 70.

CORNILLON (J.). **Rapports du diabète avec l'arthritis et de la dyspepsie avec les maladies constitutionnelles**. Un vol. in-8 de 48 pages. Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CUFFER. **Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle intra et extra-cardiaques, et en particulier de leurs modifications sous l'influence des changements de la position des malades.** Valeur séméiologique de ces modifications. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

DAREMBERG (G.). **Les méthodes de la chimie médicale.** In-8 de 19 pages. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DEBOVE. **Notes sur la méningite spinale tuberculeuse, sur l'hémiplégie saturnine et l'hémianesthésie d'origine alcoolique.** Une brochure in-8° de 24 pages avec deux figures. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

DEBOVE (M.) **Notes sur l'emploi des aimants dans les hémianesthésies liées à une affection cérébrale ou à l'hystérie.** Brochure in-8. Prix 50 cent. Pour nos abonnés . . . . 25 cent.

DEBOVE et BOUDET DE PARIS. **Recherches sur l'incoordination motrice chez les ataxiques.** Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DEBOVE. *Voir* LIOUVILLE.

DEHENNE (A.). **Note sur une cause peu connue de l'érysipèle.** Paris. 1874. In-8, 0 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

DEJERINE (J). **Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë.** Un volume in-8 de 66 pages. — Paris 1879. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50.

DELASIAUVE. **De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache,** dans ses rapports avec l'Assistance publique. Paris, 1877, in-8 de 16 p. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

DELASIAUVE. **Du double caractère des phénomènes psychiques.** Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

DELASIAUVE. **Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique.** Paris, 1877. In-8 de 24 pages. — Prix, pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

DELASIAUVE. **Traité de l'épilepsie.** Un gros volume in-8 de 560 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

DELASIAUVE (J.). **Journal de médecine mentale,** résumant au point de vue médico psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (1860-1870). — Prix : 50 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 40 fr.

DRANSART (H.-N). **Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux.** In-8 de 32 pages avec 1 figure, 70 cent. Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DU BASTY. **De la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon.** Gr. in-8 de 48 pages, 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . 85 cent.

DUGUET et VEIL. **Lymphadénome de la rate** étendu au diaphragme, à la plèvre, aux poumons et aux ganglions lymphatiques, sans leucémie. Pleurésie cloisonnée. Cachexie. Brochure in-8° de 16 pages. — Prix, 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DUPLAY (S.). **Conférences de clinique chirurgicale,** faites aux hôpitaux de Saint-Louis et Saint-Antoine, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

DUPLAY (S.) **Conférences de cliniques chirurgicales,** faites à l'hôpital Saint-Louis, recueillis et publiées par E. Golay et Cottin. In-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

DUPUY (L.-E.). Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies. In-8 de 16 pages, 50 cent. — Pour nos abonnés. . . 35 cent.

DURET (H.). Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale. Un vol. in-8 de 280 pages. Prix : 5 fr. Pour nos abonnés. . . . . . 4 fr.

DURET (H.) Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés. 10 fr.

DURET (H.). Étude générale de la localisation dans les centres nerveux, suivie d'une Etude critique sur les recherches de physiologie des localisations en Allemagne. Vol. in-8° de 236 pages.— Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

DURET (H). Sur la Synovite fibreuse et ses rapports avec la tumeur blanche. Brochure in-8 avec deux planches. Prix : 1 fr.; pour nos abonnés . . . . 75 cent.

DURET (H.). *Voir* DUPLAY. — FERRIER.

DURAND-FARDEL (M.) Considérations sur le caractère nosologique qu'il convient d'attribuer au rhumatisme articulaire aigu ou fièvre arthritique. Brochure in-8 de 20 pages. 0 fr. 75.—Pour nos abonnés 50 c.

FÉRÉ. (Ch.). Etude expérimentale et olinique sur quelques fractures du bassin, Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25 — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

FÉRÉ (Ch.). Fractures par torsion de la partie inférieure du corps du fémur. Brochure in-8° de 8 pages avec 2 figures.— Prix : 30 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 20 cent.

FÉRÉ. (Ch.). Note pour servir à l'histoire des luxations et des fractures du sternum. Brochure in-8. de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

FERRIER. Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur, par H. DURET. In-8 de 74 p. avec 11 fig. dans le texte, 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35

FOURNIER. (A.) De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. Leçons recueillies par E. Brissaud. Paris, 1878. In-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 65 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.) Etudes anatomiques ou recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et chez quelques animaux. Paris, 1866. In-4 de 83 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50

GIRALDÈS (J.-A.) Des luxations de la mâchoire. In-4 de 50 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

GIRALDÈS (J.-A.) De l'anatomie appliquée aux beaux-arts. Cours professé à l'Athénée des Beaux-Arts. Compte rendu par Mlle Lina Jaunez. Paris 1856. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) Plan général d'un cours d'anatomie appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) Recherches anatomiques sur le corps innominé. Paris 1861. In-8 de 12 pages avec 5 planches. — Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.) De la fève de Calabar. Note présentée au Congrès médico-chirurgical de France tenu à Rouen le 30 septembre 1863. Paris 1864, in-8 de 8 pages avec figures. — Prix : . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne, Paris 1866. In-8 de 7 pages. Prix. . . . . 40 cent.

MAGNAN. **De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.** In-8 de 20 pages. 0. 75. — Pour nos abonnés . . . . 50 cent.

Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, publié sous la direction du Dr Bourneville, par MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon, rédacteurs du *Progrès médical.* — Ouvrage formant trois volumes in-16. — 1er volume : *Anatomie et Physiologie,* 180 pages, 8 figures. Prix : 2 fr. — 2e volume : *Pansements,* 316 pages, 60 gravures, prix : 3 fr. 50. — 3e volume : *Administration des Médicaments,* 160 pages, prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, l'ouvrage complet, broché, prix . . . . 5 fr.

Nous avons fait faire un élégant cartonnage anglais pour chacun des trois volumes du Manuel. — Prix par volume 75 c., l'ouvrage complet. . 2 fr.

MAROT. (*Voir* DUPLAY.)

MARCANO (G.). **Des ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur.** In-8, 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 85 cent.

MARCANO (G.). **De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon.** Paris, 1872. In-8 de 8 pages. — Prix. . . . . 30 cent.

MARCANO (G.). **De la psoïte traumatique,** in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr — Pour nos abonnés . . . . 2 fr

MARCANO (G.). **Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate.** — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

MARSAT (A.). **Des usages thérapeutiques du nitrite d'amyle.** In-8 de 48 pages, 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . 85 cent.

MAUNOURY (G.) **Les hôpitaux-baraques et les pansements antiseptiques en Allemagne.** Paris, 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

MIOT (C.) **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50 — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

MIOT (C.) **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix : 1 fr. 50 ; pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

MONOD (E.) **Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe.** Un volume de 168 pages, avec un tableau. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

MONOD. (*Voir* BRISSAUD.)

ONIMUS. **Des applications chirurgicales de l'électricité.** Leçons recueillies par Bonuefoy. In-8 de 16 pages avec figures, 60 c. Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

ORY (E.) **Maladies de la peau.** Notes de thérapeutique, recueillies aux cliniques dermatologiques de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1877, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 70 cent.

OULMONT (P.) **Etude clinique sur l'athétose.** Paris, 1878, in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 francs. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

PARROT. **Clinique des maladies de l'enfance.** Leçon inaugurale. Brochure de 20 pages. — Prix 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . 50 cent.

PARROT. **Cours d'histoire de la médecine.** Leçon d'ouverture du 21 novembre 1876. Paris, 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

PASTURAUD (D.) **Etude sur les cals douloureux.** In-8 de 64 pages. 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35

PATHAULT (L.) **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre** et de ses *usages thérapeutiques*. In-8 de 48 pages, 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

PELTIER (G.) **De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.** In-8 compacte de 34 pages, 60 cent. — Pour nos abonnés. 40 cent.

PELTIER (G.). **Etude sur la cécité congénitale.** Paris, 1869. In-8 de 36. pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

PELTIER (G.). **L'Ambulance n° 5.** Paris, 1871. In-8 de 110 pages. 1 fr.

PHILBERT. (E,). **De la cure de l'obésité** aux eaux de Brives-les-Bains (Savoie). Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60 — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

POINSOT (G.). **Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule.** Brochure in-8 de 28 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

QUESTIONNAIRE pour le 1er examen de doctorat. Recueil de séries d'examens subis récemment (en 1876) à la Faculté de médecine de Paris, indiquant : 1° La composition du jury pour chaque série ; 2° La préparation anatomique de chaque candidat ; 3° Les questions orales auxquelles le candidat a dû répondre ensuite ; 4° Enfin le résultat de l'examen dans chaque série ; suivi de questions sur les accouchements, recueillies au cinquième examen de doctorat et aux examens de sage-femme. Paris, 1876. In-16 de 91 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

RANVIER (L.) **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire** recueillies par J. RENAUT. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés . . . . 8 fr.

RANVIER (L.). **Leçon d'ouverture du cours d'anatomie générale au Collège de France.** Paris, 1876. In-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

RAYMOND (F.). **Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques.** In-8 de 140 pages avec figures dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50 — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8° de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur.** Paris, 1876. In-8 de 4 pages. — Prix. . . . . 20 cent.

RECLUS (P.). **Des hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles de la jambe.** Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

RECLUS. (P.) **Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales.** Un vol in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

RECLUS (P.). **Des ophthalmies sympathiques.** Un fort volume in-8 de 210 pages. — Prix : 5 fr. pour nos abonnés . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.** In-8 de 212 pages avec 5 planches en chromo-lithographie 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **La fontaine d'Ahusquy,** brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 cent.

REGNARD (P.). **Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires.** Un fort volume in-8 de 394 pages, enrichi de 100 gravures dans le texte. — Paris, 1879. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 7 fr.

REGNARD. *Voir* BOURNEVILLE.

RENAUT (J.). **Note sur la structure des glandes à mucus du duodénum (glandes de Brunner).** Brochure in-8 de 8 pages.— Prix 40 c. — Pour nos abonnés . . . . 30 cent.

RIBEMONT (A.). **Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien** Un volume in-8 de 40 pages et 8 planches. — Paris, 1878. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50.

ROQUE (F.). **Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente.** Paris, 1872. In-12 de 15 pages. — Prix . . . . 30 cent.

ROSAPELLY (Ch. L.) **Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie.** Un volume in-8 de 76 pages orné de 24 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

SEGLAS. **De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.** Un vol. in-8° de 60 pages. Paris, 1881.— Prix : 2 fr.— Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 35

SEGOND. (P.). **Note sur une observation de kyste hydatique** développé dans l'épaisseur du muscle grand pectoral. Brochure de 8 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés. . . . . 30 cent.

SEGOND. (P.). **Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse.** Volume in-8 de 85 pages. Prix: 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50

SEGUIN (E. C.). **Medical mathematisme.** Brochure in-8° de 18 pages. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

SEGUIN (E.-C). **Registre memento** d'observations, pour conserver toutes les observations faites au lit du malade. Paris, 1878. — Prix. 60 cent.

SEVESTRE. *Voir* CHARCOT.

SIMON (J.). **Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladie des enfants** ; un beau volume in-8° de 340 pages ; prix : 8 fr.; pour nos abonnés, prix . . . . 6 fr.

TABOUET. (L.) **Etude sur le traitement des abcès sous périostiques aigus de l'adolescence.** Un vol. in-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

TARNIER. **De l'influence du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication.** . . . . 50 cent.

TAUBER (A.). **De l'amputation ostéoplastique de la jambe.** Brochure in-8° de 28 pages. — Prix : 75 cent.— Pour nos abonnés. . . . 50 cent.

TEINTURIER (E.). **Les Skoptzy,** étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . 1 fr.

THAON (L.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose.** Grand in-8 de 112 pages, avec 2 planches en chromo-lithographie, 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

THAON (L.) **Clinique climatologique des maladies chroniques.** — 1er fascicule : *phthisie pulmonaire.* Un volume grand in-8 de 164 pages, avec 2 planches de tracés de température. Paris 1877. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75

TERRILLON. **Contribution à l'étude des gommes syphilitiques du testicule.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés . . . . 30 cent.

TERRILLON. **Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques.** In-8 de 22 pages, 60 cent. — Pour les abonnés . . . . 40 cent.

TERRILLON. **Excroissances polypeuses de l'uréthre symptomatiques de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme** Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. 50 cent.

TERRILLON. **Mémoire sur la rupture traumatique des parties internes du cœur avec ou sans lésions correspondante des parois.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés 40 c.

TROISIER. (E.). **Note sur un cas d'encéphalopathie syphilitique précoce.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés. . . . . 30 cent.

TURNER. (E.). **Histoire de la circulation du sang** par Flourens. — André Césalpin. Brochure in-8 de 16 pages. Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

TURNER. (E.). **Remarques au sujet de la lecture faite à l'Académie par M. Chéreau** le 15 juillet 1879. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés . . . . 40 cent.

VIDAL. **Du pityriasis,** leçon recueillie et rédigée par de BEURMANN. in-8 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés . . . . . 50 cent.

VILLARD (F.). **De l'aphasie ou perte de la parole et de la localisation du langage articulé,** par le Dr Batman. traduit de l'anglais par F. Villard. Un volume in-8 de 128 pages. Paris, 1870. Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 25.

VILLARD (F.). **Notice hygiénique et médicale sur l'Attique.** Brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

LE PROGRÈS MEDICAL : tome I (1873), épuisé. — Tome II (1874), épuisé. — Tome III (1875), vol. in-4 de 800 pages avec 50 figures, prix : 16 fr. — Tome IV (1876), vol. in-4 de 960 pages, prix : 16 fr. — Tome V (1877), vol. in-4 de 1000 pages, prix : 20 fr. — Tome VI (1878), vol. in-4 de 1020 pages, prix : 20 fr. — Tome VII (1879), vol. in-4° de 1064 pages, prix 20 fr. — Tome VIII (1880), vol. in-4° de 1086 pages, prix 20 fr. — Pour les nouveaux abonnés, prix . . . . 16 fr.

REPRODUCTIONS PLASTIQUES DE CERVEAUX PAR M. LOREAU, MODELEUR DU MUSÉE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE ET DE BICÊTRE.

N° 1.	Deux hémisphères normaux. Laboratoire Dr CHARCOT	7 fr.
N° 2.	Hémisphère gauche normal réduit. Dr MATHIAS DUVAL	2 fr.
N° 3.	Cas d Aphasie. Laboratoire Dr CHARCOT	3 50
N° 4.	Monoplégie de la jambe. C. DE BOYER	5 »
N° 5.	Encéphale d'une idiote 18 ans. Dr BOURNEVILLE	3 50
N° 6.	Encéphale Orang-Outang Laboratoire Dr CHARCOT.. . . .	5 »
N° 7.	Deux hémispheres Orang.-Outang	5 »
N° 8.	Encéphale de Chien. Dr JOLYET	1 25
N° 9.	— Chat. —	1 25
N° 10.	— Lapin. Dr LAFONT.	1 25
N° 11.	— Cochon d'Inde.	1 25
N° 12.	— Singe. Laboratoire Dr CHARCOT.	2 »
N° 13.	Deux hémisphères, anomalies remarquables des circonvolutions. Laboratoire Dr CHARCOT	7 »
N° 14.	Hémisphère gauche avec anomalies des circonvolutions. Laboratoire Dr CHARCOT.	3 50
N° 15.	Série de 13 cerveaux de criminels, musée de la Salpêtrière	

Pour la reproduction des pièces du Musée de la Salpêtrière, ou pour la commande des pièces en cire ou en plâtre, s'adresser au **Progrès Médical** ou à M. LOREAU à l'**Hospice de la Salpêtrière.**

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES 71.